

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)**



TESIS DOCTORAL

**Evaluación de calidad de vida y sus determinantes en personas
dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Carlos Hornillos Jerez

Directora

María Crespo López

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I

(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

Evaluación de la Calidad de Vida y sus determinantes
en personas dependientes de opiáceos
en tratamiento con metadona

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Carlos Hornillos Jerez

BAJO LA DIRECCIÓN DE LA DOCTORA

María Crespo López

Madrid, 2015

“(...) En realidad, me recuerda mucho a Bilbo en los últimos años, antes de que partiera. Decía a menudo que sólo había un camino y que era como un río caudaloso; nacía en el umbral de todas las puertas, y todos los senderos eran ríos tributarios. ‘Es muy peligroso, Frodo, cruzar la puerta’, solía decirme. ‘Vas hacia el Camino y si no cuidas tus pasos no sabes hacia dónde te arrastrarán’”.

J. R. R. Tolkien, *El Señor de los Anillos*

AGRADECIMIENTOS

Cuando me matriculé de estudios de Tercer Ciclo, allá por el año 2005, un familiar me hizo llegar un texto en inglés que comparaba el proceso de hacer una tesis con el viaje de Frodo en El Señor de los Anillos. Ahora, casi diez años después, y ya llegando al final del camino, puedo decir que la analogía resulta bastante acertada.

Ha sido un viaje duro y difícil, a veces casi una peregrinación, lleno de sentimientos encontrados y a costa de renunciaciones personales, y me alegro sinceramente de poder ponerle fin. Atrás quedan dos proyectos frustrados y numerosos momentos de desánimo, cansancio y enfado.

A la vez, inevitablemente, ha sido un viaje de crecimiento y autoconocimiento. La persona que soy hoy se debe a las múltiples experiencias, buenas y malas, vividas en los últimos diez años. Renegar de este trance sería como renegar de mí mismo.

A veces he vivido este particular viaje a la tierra de Mordor con una gran soledad, pero lo cierto es que es un viaje que no he hecho solo. Son muchas las personas que han contribuido a que este camino sea el que ha sido y haya llegado a buen puerto.

En primer lugar, quiero dar las gracias a los pacientes del Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de San Blas que formaron parte de la muestra y compartieron conmigo su tiempo y experiencia, a menudo dolorosa. Dado que no recibieron ninguna gratificación por participar en el estudio, sólo pude prometerles hacer el mejor trabajo que estuviera en mi mano. Espero haber estado a la altura.

Más en general, me gustaría dar las gracias a todas las personas que he atendido en el CAID durante el tiempo que llevo trabajando allí. Gracias por ayudarme a ver facetas de la realidad que de otra manera desconocería. Gracias por las veces que me habéis puesto en mi sitio, por esas curas de humildad que sólo vosotros sabéis hacer. Gracias por mostrarme que no lo sé todo. Vuestro sufrimiento, vuestra desesperanza y vuestra lucha dan sentido a mi trabajo y a estudios como el que aquí se expone. Espero que me perdonéis por las veces en que no sé hacerlo mejor.

Quiero dar las gracias también a Manuel Rivero, Jefe de Servicio de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, quien dio el visto bueno a la realización del estudio. Gracias asimismo a Cristina Esteban, directora del centro, quien puso todas las facilidades para que yo

podiera sacar adelante la investigación. Su criterio y capacidad de gestión, tanto organizativa como humana, son un apoyo fundamental a la hora de trabajar con una población tan compleja.

Y gracias, cómo no, a todos los profesionales del CAID de San Blas, actuales y pasados, quienes me han ayudado a acceder a la muestra y me han apoyado con sus numerosas demostraciones de ánimo e interés: los psicólogos clínicos Blanca García, Teresa Hornillos, Marcos López, Elena Losada, Ángeles Morín, Manuela Navarro, Luis Rodríguez, Álvaro Ruiz, Sara Salas y José Manuel Simón; los médicos Pascual Andreu, Alicia Mazón, Laura Pulido, Marisol Vargas y Alejandra Vázquez; las trabajadoras sociales Sandra del Castillo, Teresa Cembrano, Carolina Sanchís y Carmen Zamora; las educadoras sociales Marisa Cámara y Carmen Garro; nuestro maestro Juan Ángel Bernal; los enfermeros Raúl Agraz, Mercedes López y Diego Rey; el auxiliar de enfermería José Ángel González; el personal de farmacia Óscar Cobos, Begoña Domínguez, Alicia Gómez y Marian Simancas; el personal administrativo M^a Carmen García y Concepción Rodríguez; los conserjes Julio Corona y Alejandro González; y el guardia de seguridad José Serrano. Todos ellos realizan con ilusión y calidad humana una tarea difícil e ingrata, y gracias a ellos mi capacidad de trabajo crece y me permite alcanzar cotas a las que, de otra manera, no llegaría.

Otras personas ajenas al CAID han colaborado directamente en algunos aspectos de este trabajo. Mantuve varios contactos con los profesores Julio Bobes, de la Universidad de Oviedo, y M^a José Casares, entonces en la UCM, en relación al empleo y corrección del *Addiction Severity Index* utilizado en este estudio. El profesor Ioseba Iraurgi, de la Universidad de Deusto, me facilitó su adaptación del instrumento de Calidad de Vida usado en este trabajo. En lo que respecta a la traducción al castellano del *Acceptance and Action Questionnaire – Substance Abuse*, Margarita Hornillos realizó las traducciones inversas al inglés, que fueron amablemente revisadas por Jason Luoma de la Clínica de Psicoterapia de Portland. Por último, no puedo sino hacer una mención al excelente funcionamiento del préstamo interbibliotecario de la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UCM.

Como he comentado antes, la labor del investigador es en ocasiones una tarea muy solitaria. Mis compañeras del grupo de investigación, M^a del Mar Gómez, Violeta Fernández y Ana Piccini, han ayudado a aliviar esa soledad. Es agradable poder compartir con otros que están en el mismo viaje que tú los quebraderos de cabeza propios de la investigación, y que quizás en otros lugares no se entienden. Y en lo que respecta a la vertiente docente de la vida

académica, Francisco Estupiñá me ha ayudado a desenvolverme por los vericuetos de la enseñanza universitaria.

Este viaje, y el resultado final, no serían los que son sin la figura de la profesora María Crespo, quien ha tenido la difícil labor de exigirme y cuidarme según el momento. Se ha interesado por mis inquietudes, ha escuchado mis propuestas y ha sido un ejemplo de eficacia y eficiencia, y de trabajo duro, rigor científico e integridad personal.

En el terreno más cercano, aprecio el apoyo y buenos deseos de amigos y familiares; vuestra labor tiene especial mérito, porque sé que en este tiempo no he sido una persona fácil.

Gracias a mis padres, por procurar facilitarme las cosas y soportar mis estallidos de genio cuando yo no sabía transmitirles lo que necesitaba. Gracias a mi hermana Mara, que no deja de sorprenderme con su sentido del humor y que ha traído a Yair a la familia. Y gracias a la Madrina Mara, por preocuparse desde que era pequeño de cultivar mi interés por la lectura y la cultura; de alguna manera, creo que ella dio el impulso inicial que, carambola a carambola, tres décadas después, me ha llevado hasta este momento. No puedo dejar de mencionar aquí a mi tío Miguel quien, para un proyecto anterior que no salió adelante, me dio una esforzada clase de ecuaciones estructurales hace ya varios años. También recuerdo a los que ya no están, principalmente mis abuelos Miguel y Carlos, seguro que les habría gustado ver este día.

Gracias a mis amigos: Nuria, Laura, Almu, Rafa, Budi, Enrico, María, Pablo, quienes a su vez han traído a mi vida a Pablo, Patricia, Celeste, Guillermo e Irene. Me aguantáis más de lo que merezco; me gustaría saber transmitirlos mejor lo afortunado que me siento de conocerlos.

Otras personas han sido también fuente de apoyo en momentos difíciles en este tiempo: Juanjo, Sergio, Carlos (vosotros tres llegasteis a mi vida por sorpresa y, de manera inesperada, resultáis ahora indispensables); Sergio (qué lejos quedan los tiempos de la Facultad, ¿no?), Salva (espero que ahora podamos ir más al cine), Cristina (otro encuentro inesperado, espero que continúes en mi vida mucho tiempo), Gonzalo (admiro tu capacidad de entrega y servicio), Diego (genial poder compartir inquietudes clínicas, académicas e investigadoras) y Benji (es un alivio saber que estás ahí, aunque sea en la distancia y a través de la pantalla del ordenador).

Muchas gracias, muchas gracias a todos. Entre unos y otros, no podría desear mejores compañeros de aventuras.

A aquellos que han perdido la esperanza

Resumen

Objetivos: el tratamiento sustitutivo con metadona para la dependencia de opiáceos comenzó a mediados de los años 60 y en la actualidad es una de las opciones terapéuticas mejor asentadas para esta problemática; sin embargo, no todos los pacientes abandonan definitivamente el consumo y el elevado grado de cronicidad asociado al cuadro implica la necesidad de buscar otras variables resultado más allá de la abstinencia, tales como la Calidad de Vida (CV). La investigación previa sobre la CV en esta población se ha centrado principalmente en factores relativos al consumo o al tratamiento, o en cuestiones médicas y sociales, pero han descuidado el papel de factores psicológicos específicos.

Una variable psicológica que podría ser interesante es la Evitación Experiencial, que se refiere a la tendencia a comportarse con la finalidad de controlar o disminuir la intensidad o frecuencia de aparición de pensamientos, emociones, sensaciones o recuerdos dolorosos, y es una de las variables que más relevancia ha adquirido en los últimos años en Psicología Clínica. Hasta ahora no se ha estudiado su posible relación con la CV en pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona.

El objetivo de este trabajo es evaluar la CV y sus determinantes en esta población; se tendrá especial interés en evaluar si la Evitación Experiencial se relaciona de alguna manera con dicha Calidad de Vida.

Metodología: se seleccionó una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona en un Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de Madrid; usando un diseño transversal, se administró una entrevista estructurada y una batería de cuestionarios a 48 de estos pacientes, así como se recogió información de sus historias clínicas. La información recogida incluía una medida específica de CV en esta población, así como datos sociodemográficos, información relativa al consumo y al tratamiento, y diversas medidas de salud física, salud mental, ajuste social y Evitación Experiencial.

Tras realizar un análisis descriptivo de la muestra, se llevaron a cabo pruebas de diferencia de medias (pruebas t y ANOVAs) y correlaciones de Pearson para identificar las variables que mostraban relación con la CV. Se llevó a cabo finalmente un análisis de regresión múltiple por pasos para detectar qué variables resultaban predictoras de la CV.

Resultados: mostraron relación con la CV variables relativas al consumo (gravedad del consumo), salud física (gravedad general), salud mental (gravedad general y ansiedad), ajuste social (problemas sociales) y Evitación Experiencial, pero las únicas que pasaron a formar parte del modelo de regresión fueron la ansiedad y la Evitación Experiencial (explicando el 41,9% de la varianza de la CV). Ni las variables demográficas (género, edad, estado civil y situación laboral) ni las variables relativas al tratamiento (duración del tratamiento, frecuencia de asistencia a citas) mostraron relación con la CV.

Conclusiones: se hace preciso incorporar de manera más sistemática la Evitación Experiencial como variable relevante a la hora de estudiar la CV en esta población; sería también pertinente plantear intervenciones dirigidas a disminuir la Evitación Experiencial y la ansiedad de los pacientes; futuras investigaciones harían bien en ampliar el rango de variables genuinamente psicológicas en el estudio de la CV en estos pacientes, tales como el malestar emocional, las estrategias de afrontamiento y la regulación emocional. Las dificultades encontradas en este trabajo para que los pacientes se comprometieran con la participación en el estudio sugieren la necesidad de estudiar explícitamente los factores de los que depende la adherencia de los pacientes a las intervenciones profesionales.

Abstract

Objective: methadone substitution treatment for opiate dependency started in the mid 60s and it's currently one of the best-established therapeutic options for this disorder; nevertheless, not all patients completely quit drug use and the high level of chronicity associated to this disorder entails the need to search for other outcome variables beyond abstinence, such as Quality of Life (QoL). Previous research on QoL in this population has mainly focused on factors related to substance use or to treatment, or medical and social issues, but the role of specific psychological factors has been somehow neglected.

A psychological variable which might be interesting is Experiential Avoidance, which is the tendency to behave in order to control or decrease the intensity or frequency of painful thoughts, emotions, sensations or memories, and it's one of the variables which most relevance has gained in the last few years in the field of Clinical Psychology. Until now its possible relationship to QoL in opiate dependent patients undergoing methadone maintenance treatment has not been studied.

The aim of this work is to assess QoL and its determinants in this population; special efforts will be made to ascertain whether Experiential Avoidance is anyhow related to this Quality of Life.

Methods: a sample of opiate dependent patients undergoing methadone maintenance treatment in a public Center in Madrid was selected; using a cross-sectional design, information was gathered by means of a structured interview and a set of self-report measures, as well as from their clinical record. Information gathered included a QoL measure specifically targeted at this population, as well as sociodemographic information, information on substance use and treatment, and several measures of physical health, mental health, social adjustment and Experiential Avoidance.

After performing a descriptive analysis on the sample, mean difference tests (t-tests and ANOVAs) and Pearson correlation tests were carried out to identify which variables were related to QoL. Finally, a stepwise multiple regression analysis was carried out to see which variables actually predicted QoL.

Results: variables regarding drug use (severity of drug use), physical health (general severity), mental health (general severity and anxiety), social adjustment (social problems) and Experiential Avoidance showed a relationship to QoL, but the only variables which made it to the regression model were

anxiety and Experiential Avoidance (explaining 41.9% of QoL variance). Neither demographic variables nor variables related to treatment (length of treatment, frequency of appointments) showed any relationship to QoL.

Conclusions: it's necessary to incorporate in a more systematic way Experiential Avoidance as a relevant variable when studying QoL in this population; it's also pertinent to propose interventions aimed at decreasing Experiential Avoidance and anxiety in these patients; future research might do well to increase the range of genuinely psychological variables when studying QoL in these patients, such as emotional distress, coping strategies and emotional regulation. Difficulties encountered in this research when trying to ensure patients' commitment to participation in the study suggest the need to explicitly study factors affecting patient compliance to professional interventions.

Tabla de contenidos

Parte I. MARCO TEÓRICO	1
1. La dependencia de opiáceos y opioides y el tratamiento con metadona	1
1.1. La dependencia de opiáceos y opioides	1
1.2. El consumo de opioides	4
1.2.1. Prevalencia del consumo	4
1.2.2. El consumo problemático de heroína en España	6
1.3. Los costes del consumo de opioides	9
1.3.1. Consumo de opioides y salud orgánica.....	9
1.3.2. Consumo de opioides y psicopatología.....	10
1.3.3. Costes sociales del consumo de heroína	12
1. 4. El tratamiento con metadona para los dependientes de opiáceos.....	15
1.4.1. El tratamiento de dependientes de opiáceos anterior a 1965.....	15
1.4.2. La propuesta de Dole y Nyswander	18
1.4.3. La expansión del tratamiento con metadona	21
1.4.4. Los grandes estudios nacionales	27
1.4.4.1. Proyecto DARP	27
1.4.4.2. Estudio TOPS.....	29
1.4.4.3. Estudio DATOS	30
1.4.4.4. Estudio NTORS	32
1.4.5. Desde los años 80 hasta la actualidad: consolidación y reconocimiento paulatinos de la metadona como opción terapéutica.....	34
1.4.6. Los tratamientos con metadona en Europa y en España.....	43
2. El estudio de la Calidad de Vida en pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona	47
2.1. Calidad de Vida: concepto, definición	47
2.2. Calidad de Vida en drogodependientes.....	58
2.2.1. Relevancia de la evaluación de la Calidad de Vida en las intervenciones con drogodependientes	58
2.2.2. ¿Calidad de Vida o Calidad de Vida Relacionada con la Salud?.....	60
2.2.3. La evaluación de la Calidad de Vida en drogodependientes.....	62
2.2.4. El desarrollo de la investigación empírica en Calidad de Vida en pacientes heroínómanos en tratamiento con metadona	64
2.2.4.1. Los primeros estudios (1988 – 2000)	65
2.2.4.2. La expansión del interés durante la primera década del siglo XXI.....	69

2.2.4.2.1. Resultados generales.....	70
2.2.4.2.2. Predictores, mediadores y comorbilidad con otras condiciones	72
2.2.4.2.3. Comparación entre tratamientos sustitutivos	75
2.2.4.2.4. Los estudios de la Universidad de Gante (Bélgica).....	75
2.2.4.3. Desde el año 2010 hasta la actualidad	79
2.2.5. Conclusiones.....	82
2.2.6. La relevancia de la Evitación Experiencial y su posible utilidad en el estudio de la Calidad de Vida en drogodependientes	85
PARTE II. TRABAJO EMPÍRICO.....	95
3. Objetivos e hipótesis	95
3.1. Objetivos.....	96
3.2. Hipótesis	97
4. Método	99
4.1. Participantes	99
4.2. Diseño y variables.....	103
4.3. Materiales e instrumentos.....	104
4.3.1. Entrevista estructurada y batería de cuestionarios.....	105
4.3.1.1. Índice de Gravedad de la Adicción, versión 6 (<i>Addiction Severity Index</i> – ASI)	105
4.3.1.2. Escala de Calidad de Vida en Usuarios de Drogas Inyectadas (<i>Injection Drug User Quality Of Life Scale</i> – IDUQOL).....	110
4.3.1.3. Cuestionario de Aceptación y Acción (<i>Acceptance and Action Questionnaire</i> – AAQ).....	111
4.3.1.4. Cuestionario de Aceptación y Acción para Abuso de Sustancias (<i>Acceptance and Action Questionnaire</i> – <i>Substance Abuse</i> ; AAQ-SA).....	112
4.3.1.5. Evaluación de la función de la toma de metadona	113
4.3.1.6. Cuestionario de Salud SF-12, versión 2 (<i>12 Item Short Form Health Survey</i>)	115
4.3.1.7. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> – HAD)	116
4.3.1.8. Otras medidas referidas al tratamiento con metadona:.....	117
4.3.2. Historia clínica	117
4.4. Procedimiento.....	119
4.5. Análisis de datos.....	122
5. Resultados	125
5.1. Análisis de las diferencias entre participantes y no participantes	126
5.2. Caracterización de la muestra.....	132

5.2.1. Datos sociodemográficos	132
5.2.2. Variables del consumo de sustancias	135
5.2.3. Variables relacionadas con el tratamiento.....	139
5.2.4. Salud física.....	143
5.2.5. Salud mental.....	145
5.2.6. Ajuste social.....	148
5.2.7. Calidad de Vida	150
5.2.8. Evitación Experiencial	151
5.3. Análisis de las variables relacionadas con la Calidad de Vida de los participantes	156
5.3.1. Datos sociodemográficos	156
5.3.2. Variables del consumo	157
5.3.3. Variables del tratamiento	158
5.3.4. Salud física.....	162
5.3.5. Salud mental.....	163
5.3.6. Ajuste social:.....	163
5.3.7. Evitación Experiencial	164
5.4. Análisis de predictores de la Calidad de Vida de los participantes	164
5.5. Contraste de hipótesis	168
6. Discusión.....	176
6.1. Los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos	176
6.2. Predictores de la CV en drogodependientes en tratamiento con metadona	181
6.3. Implicaciones.....	187
6.4. Limitaciones	191
6.5. Líneas futuras de investigación.	194
Referencias:.....	198
ANEXOS	229
ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	231
ANEXO II: MATERIALES DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	237

PARTE I. MARCO TEÓRICO

1. La dependencia de opiáceos y opioides y el tratamiento con metadona

1.1. La dependencia de opiáceos y opioides

Se denominan *opiáceos* a aquellas sustancias alcaloides¹ que, de forma natural, se encuentran en el *opio*, que es el extracto seco de las cápsulas verdes de la planta de la *adormidera*, o *Papaver somniferum*. Algunos opiáceos presentan propiedades narcóticas y sedantes, siendo la *morfina* el más importante; ésta fue aislada por primera vez en 1806 por el químico alemán Friedrich Sertürner (1783 – 1841) (Brownstein, 1993). Otros opiáceos serían la *codeína*, la *tebaína*, la *narcotina*, la *papaverina*, la *noscapina* y la *narceína*, si bien no todos ellos tienen los mismos efectos que la morfina. Por extensión, el término opiáceo también puede aplicarse a compuestos derivados mediante procedimientos físico-químicos de los opiáceos naturales

El término más amplio *opioide*, por otro lado, hace referencia a los compuestos químicos que tienen una acción farmacológica similar a la de la morfina, independientemente de su origen. Incluye, por tanto, a los opiáceos naturales, así como a aquellas sustancias derivadas de los mismos y aquellas otras sintetizadas por medios artificiales, o incluso generadas en el propio organismo (UNODC, 2011, p. 49)², siempre y cuando el efecto farmacológico sea similar al de la morfina.

La *diacetilmorfina*, o *diacetato de morfina*, comúnmente conocida como *heroína*, es un opiáceo semi-sintético elaborado en 1874 por Charles Romley Alder

¹ *Alcaloide*: cada uno de los compuestos orgánicos de origen natural que se encuentran casi exclusivamente en las plantas, y contienen al menos un átomo de nitrógeno, generalmente de carácter básico, que en la mayoría de los casos forma parte de un sistema heterocíclico (Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, 1996).

² Aun así, no se ha encontrado un criterio coherente en la bibliografía consultada a la hora de diferenciar entre opiáceos y opioides. En el presente trabajo, se ha preferido seguir la clasificación utilizada por la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (*United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC*), que considera que *opioides* es la denominación genérica de los alcaloides de la planta del opio, sus análogos sintéticos y compuestos producidos por el organismo de forma natural, mientras que los *opiáceos* serían un subgrupo de opioides que incluiría a los productos derivados de la planta del opio, incluyendo la morfina y la heroína (UNODC, 2014, p. xvii). Dada la disparidad de criterios seguida en la bibliografía consultada, en este trabajo se tenderá a usar el término “consumo de opiáceos” (el más frecuentemente encontrado, y el utilizado además como categoría diagnóstica en el DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 541) en vez de “consumo de opioides” (más extraño en castellano).

Wright (1844 – 1894), químico y físico inglés, quien añadió dos grupos acetilo a la molécula de morfina buscando una sustancia con similares propiedades pero sin su potencial adictivo. Sus investigaciones no tuvieron mucha repercusión hasta que en 1898 el diacetato de morfina fue re-sintetizado y comercializado por la casa farmacéutica Bayer, con el nombre comercial de *heroína*, como un medicamento para aliviar la tos en pacientes con enfermedades respiratorias graves (Sneader, 1998).

Las sustancias opioides actúan sobre receptores situados en los Sistemas Nerviosos Central y Periférico, así como en el tracto gastrointestinal, y producen un efecto analgésico, sedante y euforizante, acompañado de depresión respiratoria y estreñimiento como efectos secundarios. Su administración continuada produce dependencia fisiológica, que se manifiesta con la aparición de síndrome de abstinencia al interrumpir su consumo. Dicho síndrome de abstinencia se caracteriza por humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o sudación, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 547-548).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), plantea los siguientes criterios para el diagnóstico del Trastorno por Consumo de Opiáceos³ (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 541):

A. Patrón problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.

³ Respecto de la anterior edición, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), el DSM-5 plantea cambios importantes en esta categoría diagnóstica: se han agrupado en una única etiqueta (Trastorno por Consumo de Opiáceos) lo que en la edición anterior eran dos categorías de distinta gravedad: “Abuso de opiáceos” y “Dependencia de opiáceos”. En la edición actual, la gravedad del consumo (leve-moderado-grave) se codifica según el número de criterios diagnósticos que se cumplan. En la nueva edición, asimismo, se presentan por separado criterios diagnósticos para cada sustancia, mientras que en la edición anterior los criterios de Abuso y Dependencia eran los mismos independientemente de la sustancia de que se tratara.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.

Nota: No se considera que se cumpla este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos.
 - b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumpla este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

Los individuos pertenecientes a poblaciones de minorías étnicas en zonas económicamente desfavorecidas han mostrado una elevada incidencia del trastorno. Sin embargo, con el tiempo se ha detectado el trastorno con mayor frecuencia en personas blancas de clase media, especialmente mujeres (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 544).

En relación a su curso, se trata de un cuadro que puede mantenerse durante muchos años, en los que pueden darse breves periodos de abstinencia, y con alta frecuencia de recaída. Aun así, aproximadamente el 20-30% de individuos

dependientes consiguen la abstinencia de opiáceos a largo plazo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 543).

1.2. El consumo de opioides

1.2.1. Prevalencia del consumo

Según datos de Naciones Unidas (UNODC, 2014, p. 21) en el año 2013 había un total de 296.720 hectáreas en el mundo dedicadas al cultivo ilegal de la planta de opio; esto supone el dato más alto desde que empezó a haber registros en 1998. El mayor incremento reciente de área del cultivo se ha dado en Afganistán y, en menor medida, en Myanmar.

Se estima que en 2012 la cifra de personas que habían consumido opioides en alguna ocasión, incluyendo heroína y analgésicos, oscilaba entre 28,6 y 38 millones en el mundo (prevalencia media del consumo: 0,7% de la población mundial), lo cual supone un incremento respecto de años anteriores, sobre todo en Estados Unidos. Sin embargo, el consumo de opiáceos (heroína y opio) se ha mantenido estable, con valores que oscilan entre los 12,8 y los 20,2 millones de consumidores en alguna ocasión el año anterior. Las regiones donde el consumo de opiáceos ha sido superior a la media global (0,4%) han sido el este y el sureste de Europa, el suroeste de Asia, así como Asia Central y Transcaucasia (UNODC, 2014, p. 22).

Tomando Europa en su totalidad, el consumo de heroína ha experimentado un descenso desde finales de los años noventa y principios del siglo actual, tras dos décadas de mayor prevalencia; los datos desde 2003-2004 parecen indicar una estabilización del consumo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2011, p. 82), pero los problemas asociados al mismo podrían haber aumentado: 19 países europeos informan de un incremento de las peticiones de tratamiento por dependencia de opiáceos entre 2002 y 2007, un aumento de muertes inducidas por consumo entre 2006 y 2007, así como una elevada tasa de VIH entre usuarios de drogas inyectadas en España, Portugal, Italia y Francia (UNODC, 2010, pp. 155-156). En 2012, la prevalencia media del consumo problemático de opioides en Europa en personas entre 15 y 64 años sería del 0,4% (1,3 millones de habitantes) (Observatorio

Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014, p. 44). Se observa una reducción de la demanda del tratamiento por consumo de heroína, pero en países como Estonia y Finlandia se incrementa la petición de ayuda por dependencia de otros opioides, tales como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014, p. 44; UNODC, 2012, pp. 9-11). Aun así, Andlin-Sobocki y Rehm (2005) echan en falta más y mejores estudios, y con una metodología más estandarizada entre países, para estimar la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias a nivel europeo.

En España, los datos reflejan también esta caída del consumo de heroína: en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Otras Drogas (EDADES) en 1995, el 0,5% de la población española entre los 15 y los 64 años afirmaba haber consumido heroína en los últimos 12 meses; este porcentaje descendió hasta el 0,1% en 1999, y se ha mantenido estable en ese nivel desde entonces (figura 1.1.), si bien es cierto que la metodología de encuesta domiciliaria resulta limitada para acceder a los consumidores más problemáticos de esta sustancia (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2011, p. 42)⁴.

⁴ A este respecto, Degenhardt *et al.* (2011a) entienden que son preferibles los datos estimados mediante métodos estadísticos a raíz de indicadores indirectos, tales como el número de sobredosis letales o de personas que buscan tratamiento. Una forma de proceder sería calcular un factor de corrección por el que multiplicar las cifras de los indicadores indirectos, como forma de estimar los datos reales.

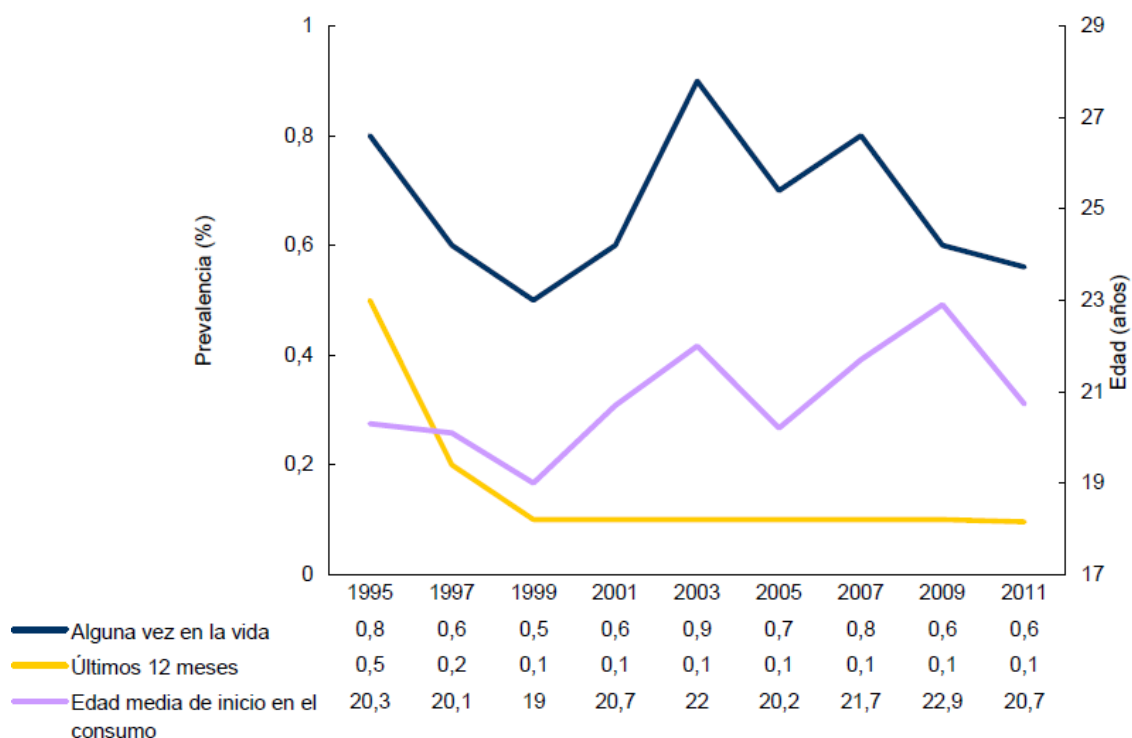


Figura 1.1. Evolución de la prevalencia del consumo (porcentajes) de heroína en España entre 1995 y 2011, así como edad de inicio en el consumo, según la encuesta EDADES (REITOX, 2012, p. 68).

Esta baja frecuencia relativa de consumo de heroína se observa mejor al comparar su consumo con el de otras sustancias: en 2009 el 2,7% de los encuestados refirió haber consumido cocaína alguna vez en el último año, mientras que el 10,6% refirió consumo de cánnabis (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2011, pp. 32 y 34).

Incluso entre policonsumidores, el consumo de heroína parece menos prevalente frente a otras sustancias: en el año 2009, sólo el 0,4% de aquellos individuos que afirmaban haber consumido 3 sustancias durante el año anterior habían consumido heroína; este porcentaje se incrementaba hasta el 3,6% en aquellos individuos que habían consumido 5 sustancias el año anterior (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2011, p. 44).

1.2.2. El consumo problemático de heroína en España

Los consumidores problemáticos son definidos como aquellos que utilizan la vía inyectada o en los que el consumo es frecuente y/o prolongado en el tiempo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2011, p. 84). El Observatorio

Español sobre Drogas (OED) utiliza tres parámetros para estimar el número de consumidores problemáticos: el número de solicitudes de tratamiento por dependencia, las emergencias hospitalarias y los fallecimientos relacionados directamente con el consumo (Sánchez-Niubò, Fortiana, Barrio, Suelves, Correa y Domingo-Salvany, 2009).

A la hora de valorar el número de personas que solicitan tratamiento, se distingue entre aquellos drogodependientes que nunca antes en su vida han estado atendidos (“primeras admisiones”) y aquellos que han realizado ya tratamientos previos y vuelven a pedir atención.

En España, desde 1992 va descendiendo paulatinamente el número de personas que piden tratamiento por dependencia de heroína por primera vez en su vida (este ritmo de descenso se ralentiza, no obstante, a partir de 2002). A partir de 1998 desciende asimismo el número de personas que acceden nuevamente a tratamiento después de haber realizado tratamientos previos en su vida. En 2005 la heroína deja de ser, por vez primera, la principal droga por cuyo consumo se demanda atención, y es sustituida en ese puesto por la cocaína (Plan Nacional Sobre Drogas, 2010, pp. 52-53).

Según datos del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (2011, pp. 135 – 136), en 2009 el 32,3% de las solicitudes de tratamiento tenían que ver con consumo de heroína (además de un 2% que consumía otros opioides), pero menos de la mitad de estas solicitudes pertenecían a pacientes que pedían cita por primera vez en su vida por esta sustancia. Frente a estos datos, en el mismo año el 44% de solicitudes de atención eran por consumo de cocaína y el 18,1% por cánnabis.

Asimismo, con el paso del tiempo se observa un cambio en el modo de administración de la heroína hacia formas menos problemáticas: en 1991, el 50,3% de los consumidores utilizaba la vía inyectada, mientras que esta vía era usada por sólo el 12,8% en 2007. De forma paralela, el consumo por vía fumada ha aumentado desde el 43,4% en 1991 al 77,4% en 2007 (Plan Nacional Sobre Drogas, 2010, p. 54).

Las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de heroína también han experimentado un descenso desde 1996 (año en que el 61,5% de las urgencias relacionadas con sustancias se debían al consumo de heroína). Dicha tendencia descendente se mantiene hasta la actualidad aunque a partir de 2004 el ritmo es más lento. En 2007, sólo el 21% de las urgencias relacionadas con consumo de sustancias se debía a la heroína, además de un 15% relacionado con otros opioides, u opioides sin identificar. A partir de 1999 la cocaína pasó a ser la droga más mencionada en las urgencias relacionadas con consumo de sustancias (Plan Nacional Sobre Drogas, 2010, p. 56).

Por último, en el año 2007, se detectaron opioides en el 72,8% de los fallecimientos a los que se realizó análisis toxicológico. Este porcentaje, sin embargo, desciende hasta el 7,8% si se tienen en cuenta únicamente los casos en que los opioides aparecían de forma aislada, en ausencia de otras sustancias (cuando, en años anteriores, esta proporción era muy superior: 46% en 1983 y 20,2 % en 1986) (Plan Nacional Sobre Drogas, 2010, pp. 58-59).

La evolución de los datos de estos indicadores a lo largo del tiempo sugeriría que el momento en que hubo mayor número de consumidores problemáticos de heroína en nuestro país sería a principios de los años 90 (con un número estimado de 150.000 consumidores) y que esta cantidad habría ido disminuyendo desde entonces (Plan Nacional Sobre Drogas, 2010, p. 51). Sin embargo, Sánchez-Niubò *et al.* (2009) aplican modelos log-lineales de regresión logística a los datos de admisiones a un primer tratamiento (sin tratamientos previos) en España entre los años 1991 y 2005 en los que existiera información sobre el *periodo de latencia* (el intervalo de tiempo entre el momento en que se inicia la drogodependencia hasta el momento en que la persona decide iniciar un tratamiento). Analizando datos de 167.753 individuos, concluyen que la incidencia máxima de consumo problemático de heroína tuvo lugar en 1980 y que a partir de entonces fue descendiendo hasta el año 2000, momento desde el que se mantiene estable; esta trayectoria es la misma independientemente del género, pero con cinco veces más prevalencia en hombres que en mujeres; por otro lado, la trayectoria es diferente según la vía de consumo: la incidencia de heroína inyectada llegó a su máximo en 1980 y disminuyó rápidamente, mientras que la de heroína

fumada comenzó a descender a partir de 1990. Esto permite a los autores del estudio arrojar una mirada crítica a la tardanza con que se adoptaron en España medidas de salud pública.

1.3. Los costes del consumo de opioides

El consumo de opioides presenta importantes costes a diversos niveles: en la salud del usuario (tanto física como mental), en la asociación del consumo con la criminalidad, y en otros costes sociales relacionados con el hecho de que el drogodependiente, en general, no es un individuo productivo.

1.3.1. Consumo de opioides y salud orgánica

Las complicaciones somáticas del consumo sostenido de opioides pueden afectar a varios órganos y sistemas, y pueden ser tanto de tipo infeccioso como de tipo no infeccioso. Las primeras son las más frecuentes y, excluyendo el síndrome de abstinencia, suponen entre el 30% y el 60% de ingresos hospitalarios de heroínómanos; las complicaciones infecciosas se asocian principalmente con el uso de la vía de consumo inyectada, pero otros factores (malnutrición, higiene personal deficiente, escaso contacto con servicios de salud...) influyen también de manera importante en el inicio, desarrollo o pronóstico de la infección. Las infecciones más significativas serían por VIH, hepatitis B y C, o tuberculosis, pero esta población resulta también vulnerable a endocarditis infecciosas, meningitis bacterianas, candidiasis generalizada o tétanos, por poner sólo algunos ejemplos. Algunas complicaciones no infecciosas derivadas del consumo de opioides serían trastornos de la frecuencia o el ritmo cardíaco, alteraciones estructurales del sistema vascular periférico, bronquitis, asma, encefalopatías o deterioro de los dientes (Terán, Álvarez, Sánchez y Álvaro, 2005).

Algunas de las alteraciones endocrinas descritas en consumidores crónicos de opiáceos o pacientes en tratamiento con metadona son las siguientes (George, Murali y Pullickal, 2005): metabolismo suprarrenal anormal e insuficiencia suprarrenal, anomalías en la secreción circadiana de corticosteroides, niveles elevados de Tiroxina (T4), Tri-iodotironina (T3) y Globulina Fijadora de Tiroxina (TUG) (del inglés, "Thyroxin

Binding Globulin”), valores reducidos de recaptación de T3, niveles superiores de prolactina, anomalías en el metabolismo de glucosa e insulina similares a las de la diabetes tipo 2, niveles reducidos de testosterona y anomalías en los niveles de Hormona Estimulante del Folículo/Hormona Luteinizante.

A nivel neuropsicológico, el consumo de opiáceos produce efectos a corto y largo plazo; el consumo agudo daría lugar a afectaciones en la atención, concentración, el recuerdo verbal y visual, habilidades visoespaciales, enlentecimiento psicomotor y disminución de la coordinación ojo-mano. A más largo plazo, se encuentran afectadas las funciones ejecutivas, principalmente la habilidad para cambiar el foco de atención según las demandas del entorno e inhibir respuestas inadecuadas y se da una mayor perseveración en los errores. En el caso de consumidores crónicos, sin embargo, es difícil separar los efectos del consumo de opiáceos de otros factores que podrían tener también efectos neuropsicológicos, como el consumo de otras drogas o el nivel de inteligencia (Gruber, Silveri y Yugelun-Todd, 2007).

El consumidor habitual de opioides presenta un riesgo de fallecimiento entre 6 y 20 veces superior al de no consumidores de igual edad y género (UNODC, 2010, p. 34). Entre dependientes de opioides la causa de fallecimiento más habitual es la sobredosis (Clausen, Waal, Thorensen y Gossop, 2009; Degenhardt *et al.*, 2011b), estimándose la mortalidad anual en esta población por esta causa entre el 1 y el 3% (Pereiro, Bermejo y López, 2005).

1.3.2. Consumo de opioides y psicopatología

Las personas con trastornos de dependencia de sustancias presentan un importante grado de comorbilidad psiquiátrica. De acuerdo con los últimos datos disponibles de la encuesta anual de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), en el año 2012, el consumo de alguna sustancia ilegal durante el año anterior era más probable entre adultos con algún diagnóstico psiquiátrico (26,7%) que entre aquellos que no presentaban dicho diagnóstico (13,2%) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013, p. 41). El diagnóstico de dependencia de sustancias entre las personas con patología psiquiátrica es más frecuente en las personas con trastornos más graves y limitantes (Substance

Abuse and Mental Health Services Administration, 2013, pp. 44-45). Agregando datos recogidos durante las encuestas entre los años 1994 a 1996 (sumando un n total de 39.994), Kandel, Huang y Davies (2001) concluyen que ser dependiente de alcohol, o tabaco, o alguna sustancia ilegal, por separado, doblaba el riesgo de padecer algún trastorno depresivo o de ansiedad en relación a las personas no dependientes de ninguna sustancia, legal o ilegal. Sin embargo, si coincide la dependencia de alguna sustancia ilegal con alcohol o tabaco (asociación que se daba en el 75% de los dependientes de alguna sustancia ilegal), dicho riesgo se incrementaba hasta 4 o casi 5 veces más en relación a una persona no dependiente.

En relación en concreto con el consumo de opiáceos, en el año 2012, el consumo de heroína durante el año anterior era más probable entre adultos con algún diagnóstico psiquiátrico (0,9%) que entre aquellos que no presentaban dicho diagnóstico (0,1%) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013, p. 42). Mateu, Astals y Torrens (2005) recogen tasas de prevalencia de diagnóstico psiquiátrico que oscilan entre el 44% y el 93% en distintos estudios; según estos autores, la disparidad de estas proporciones podría deberse a tendencias temporales en la población estudiada (por ejemplo, cambios en la disponibilidad y precio de la droga, políticas terapéuticas sobre el tratamiento de drogodependientes, o presencia de otras enfermedades, como el VIH) y diferencias de metodología entre los estudios (uso de criterios diagnósticos o instrumentos de evaluación distintos). Los trastornos mentales más frecuentes en pacientes dependientes de opiáceos serían el trastorno depresivo (en general, prevalencia de vida entre el 25% y el 30%, con prevalencia actual alrededor del 15%) y los trastornos de ansiedad (principalmente fobias, incluyendo fobia social y fobia específica). Benaiges, Prat y Adan (2012) encuentran que aquellos pacientes que cumplen criterios diagnósticos de dependencia de sustancias y de trastorno mental grave presentan peores puntuaciones de Calidad de Vida (evaluada mediante el SF-36, Ware y Sherbourne, 1992) que pacientes con únicamente trastorno de dependencia a sustancias y que pacientes con únicamente diagnóstico de trastorno mental grave.

También es frecuente en esta población el diagnóstico de algún trastorno de personalidad, sobre todo el de trastorno antisocial de la personalidad (una historia de

trastorno disocial en la infancia o adolescencia parece ser un factor de riesgo relevante para la aparición de trastornos por dependencia de sustancias, principalmente opiáceos, American Psychiatric Association, 2002, p. 316), pero el solapamiento entre comportamientos derivados de la drogodependencia y comportamientos que indican la presencia de un trastorno de personalidad hace que sea difícil realizar un diagnóstico diferencial ajustado o establecer la relación temporal y causal entre uno y otro (Fernández Miranda y Gutiérrez Cienfuegos, 2005).

En una muestra de 578 adultos en Estados Unidos que tenían, o habían tenido (prevalencia-vida), diagnóstico de dependencia de opiáceos/opioides, Grella, Karno, Warda, Niv y Moore (2009) encontraron que la prevalencia-vida de algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo era aproximadamente del 70%, la de un trastorno de personalidad era casi el 50%, y que aproximadamente el 70% cumplía o había cumplido criterios para algún otro diagnóstico por consumo de sustancias. Asimismo, para algunos diagnósticos (trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno de ansiedad generalizada), la probabilidad diferencial de tenerlos en función del género era similar a la encontrada en población general; en otras categorías diagnósticas, sin embargo, sí habría diferencias: respecto de la población general, se incrementa la probabilidad de las mujeres de presentar diagnósticos de trastorno antisocial de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad o fobia específica. Independientemente del género, tener o haber tenido un diagnóstico psiquiátrico incrementaba la probabilidad de dependencia de otras sustancias además de los opiáceos.

1.3.3. Costes sociales del consumo de heroína

El deterioro social del consumidor de opiáceos a consecuencia de la droga es fruto de un complejo proceso en el que intervienen variables relacionadas con la intensidad del consumo, la vía de administración, la edad de comienzo, el consumo concomitante de otras sustancias y las características previas de la personalidad. Los dos principales aspectos donde el consumo de opiáceos ilegales puede tener costes para el individuo son la pérdida del trabajo y las conductas delictivas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2010, p. 141).

A este último respecto, la relación entre consumo de drogas y crimen se viene estudiando desde hace muchos años. Al revisar la bibliografía hasta mediados de los 80, Speckart y Anglin (1985, 1986) hacen hincapié en el efecto criminogénico del consumo de heroína: haber delinquido con anterioridad al inicio de la dependencia era frecuente en la mayoría de los consumidores; sin embargo, una vez establecida la adicción, el patrón delictivo se volvía más serio y crónico, con un importante incremento de los crímenes contra la propiedad. El estudio de Kaye, Darke y Finley-Jones (1998) va en la misma dirección: el 77 % de su muestra de 400 pacientes en tratamiento con metadona (tanto en prisión como en la comunidad) había delinquido previamente al inicio de la drogodependencia. Estos pacientes tendían a ser más jóvenes que los que habían comenzado a delinquir tras el comienzo de la adicción, y con más frecuencia habían cometido algún crimen violento y eran susceptibles de diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Nurco, Ball, Shaffer y Hanlon (1985) distinguen entre diferentes tipos de dependientes a opiáceos en función de la cantidad y tipos de crímenes cometidos: algunas personas delinquen por igual, tanto si se encuentran en momentos de mayor adicción como si han disminuido la frecuencia o cantidad de consumos, mientras que otras delinquen únicamente en los momentos de mayor adicción, con el fin principal de financiarse su dosis.

En un trabajo más reciente, Darke, Torok, Kaye, Ross y McKetin (2010) encuentran que el 81% de una muestra de adictos a la heroína (n=161) en la comunidad habían realizado un delito violento alguna vez en su vida (en este sentido, no había diferencias de proporción con un grupo de adictos a la metanfetamina ni con otro de adictos a ambas sustancias), y que el 35% lo había realizado en los 12 meses anteriores. Además, el 93% de los sujetos adictos a la heroína había sido víctima a su vez de un crimen violento en su vida (40% en los 12 meses anteriores).

Valiéndose de metodología de meta-análisis, Bennett, Holloway y Farrington (2008) concluyen que los consumidores de heroína tienen una probabilidad entre 3 y 3,5 veces mayor de delinquir que no consumidores. En comparación con otras sustancias, las probabilidades de delinquir eran mayores en consumidores de crack, seguidos por consumidores de heroína, siendo los consumidores de cocaína los que menos probabilidad de delinquir tenían de los tres grupos.

El consumo de drogas presenta otros importantes costes a nivel social, con repercusiones tan complejas que una estimación económica completa de los mismos es difícil de hacer. Estudios desde la perspectiva del *coste de la enfermedad* permiten desglosar los costes sociales del consumo en Estados Unidos en los siguientes apartados (Cartwright, 2008):

- costes para el sistema de salud, en los que el coste de los servicios especializados para atención a drogodependientes es aproximadamente la mitad que el coste por atención a problemas médicos asociados (VIH, tuberculosis, hepatitis B y C, problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, del sistema musculoesquelético, daño renal y hepático, efectos neurológicos, problemas de salud mental, endocrinos, cáncer, efectos prenatales y mortalidad).
- costes en productividad, consecuencia de la pérdida de la capacidad productiva del adicto, ya sea por su muerte prematura, su ingreso en prisión, las dificultades propias del consumo para encontrar y mantener empleo o el ingreso del adicto en recursos residenciales de tratamiento incompatibles con una ocupación laboral.
- pérdidas ocasionadas por actividades delictivas, incluidas aquellas directamente relacionadas con las propias víctimas (sobre todo en casos de homicidio), y costes en la infraestructura institucional que la criminalidad relacionada con las drogas supone para los sistemas de seguridad y justicia. Aquí habría que tener en cuenta la pérdida de ingresos para el Estado que suponen las actividades desarrolladas en la economía sumergida.

Cartwright (2008) calcula, sobre los datos aportados por Harwood, Fountain y Livermore (1999), que en 1992 alrededor del 56% de los costes del consumo de drogas en Estados Unidos recaía, de una forma u otra, sobre población no drogodependiente. Desde un coste total estimado de 107.500 millones de dólares en 1992, esta cifra ha ido aumentando hasta 180.900 millones de dólares en 2002 (Office of National Drug Control Policy, 2004, p. vi). Estos datos, no obstante, abordan el consumo de sustancias de manera global, sin distinguir entre los distintos tipos de droga, lo cual sería deseable (Cartwright, 2008).

Siguiendo la metodología del estudio del coste de la enfermedad, Garcia-Altés, Ollé, Antoñanzas y Colom (2002) estiman que en 1997, el coste total del consumo de droga en España (sin distinguir entre distintas sustancias) fue, como mínimo, de 88.800 millones de pesetas (532,8 millones de Euros). El 77% de esta cantidad correspondería a costes directos (costes de salud, prevención, formación de profesionales, infraestructura organizativa y criminalidad), y en total suponía en ese momento un 0,07% del PIB. Señalan los autores que éste es el resultado de una estimación a la baja, y que sería esperable que los costes en realidad hubieran sido mayores (hasta 134.300 millones de pesetas – 805,8 millones de Euros).

1. 4. El tratamiento con metadona para los dependientes de opiáceos

1.4.1. El tratamiento de dependientes de opiáceos anterior a 1965

A lo largo del siglo XIX y hasta la primera década del XX, en Estados Unidos el consumo de drogas era considerado un asunto fundamentalmente privado sobre el que apenas existía legislación reguladora. La venta y distribución de diversos derivados del opio era habitual en farmacias y consultas médicas, y su consumo tenía lugar independientemente del nivel socio-económico o cultural del consumidor, o de su grado de integración social. En este sentido, el consumo de alcohol estaba mucho peor visto y se consideraba más problemático que el de opiáceos (Courtwright, 1992, p. 2); tan era así, que la morfina se consideraba como tratamiento para el alcoholismo (Payte, 1991a).

Los efectos adictivos de los opiáceos, por otro lado, no eran desconocidos para los médicos, quienes desde las décadas de 1870 y 1880 experimentaron, con gran libertad y ninguna injerencia por parte de las autoridades, diversos métodos para la deshabituación de las personas que habían desarrollado dependencia. En una época en que el desconocimiento sobre receptores, endorfinas o antagonistas era absoluto, los métodos de tratamiento incluían purgas, baños, terapia eléctrica, dieta y fórmulas magistrales que contenían componentes opiáceos. Pero, en general, ni existía una gran presión social para que el adicto dejara el hábito (Courtwright, 1992, pp. 3-4), ni el conocimiento sobre el potencial adictivo de la heroína era de dominio público (esto se dio a conocer más a partir de 1912, año en que se informó de casos de personas que la

esnifaban al igual que se hacía con la cocaína; alrededor de esta época se constata además que, en contra de lo que se creía, la heroína sí producía efectos de depresión respiratoria, por lo que suponía poca o ninguna ventaja como antitusivo sobre la morfina, Sneader, 1998).

Con estas condiciones, el número de personas dependientes de opiáceos en Estados Unidos se incrementó, hasta llegar al menos a 300.000 en el cambio de siglo (Courtwright, 1992, p. 2). A partir de este momento, la actitud hacia el consumo de morfina y derivados fue cambiando al quedar en evidencia sus efectos perniciosos y los médicos se volvieron más cautos a la hora de prescribirlos. El consumo no médico de la heroína desplazó al de morfina y mientras los viejos adictos iban falleciendo sin producir grandes problemas, el perfil del nuevo dependiente era de alguien más joven, de raza negra, inmigrante y delincuente (Courtwright, 1992, p. 4-5).

En este contexto, en 1914 se aprueba en Estados Unidos el Acta Harrison con la intención de regular la producción, importación y distribución de opiáceos y cocaína⁵. El espíritu de esta ley es restrictivo, permitiendo a los médicos únicamente prescribir opiáceos en el ejercicio de su práctica profesional. Como la adicción no se consideraba una enfermedad, se entendía que la prescripción de morfina a un adicto era delito, si bien el Acta Harrison no prohibía expresamente esta práctica (Jaffe y O’Keeffe, 2003).

Unos pocos médicos desafiaron el Acta Harrison y continuaron recetando opiáceos a adictos; en la misma línea, a partir de 1919 surgieron en diversas ciudades de Estados Unidos alrededor de 40⁶ “clínicas de narcóticos” (16 sólo en el estado de Nueva York), en las que se vendía morfina, y en algunos casos heroína y cocaína, a sus pacientes registrados. La finalidad de la clínica (mantenimiento indefinido de la adicción o desintoxicación mediante reducción gradual de dosis), su carácter (con o sin ánimo de lucro) y la eficiencia de su administración eran aspectos variables entre unos y otros establecimientos (Bureau of Narcotics, 1953; Courtwright, 1992, pp. 10-11; Stevens, 1952). La aplicación del Acta Harrison, y una interpretación restrictiva de la

⁵ Aunque la cocaína es un estimulante del sistema nervioso central, y no un narcótico como los opiáceos, en esta época estaba erróneamente considerada como tal por sus efectos euforizantes, su potencial adictivo y su asociación con la criminalidad (Courtwright, 1992, p. 9).

⁶ El número exacto de clínicas varía según la fuente: 35 de acuerdo a Courtwright (1992, p. 10), 44 de acuerdo con Bureau of Narcotics (1953, p. 1).

misma, tuvo como consecuencia que para 1923 todas estas clínicas habían cerrado y que entre 1919 y 1935 unos 25.000 médicos fueron procesados por prescripción de opiáceos a adictos, recibiendo el 10% penas de prisión (Jaffe y O’Keeffe, 2003; Kleber, 2008). La paradoja se daba cuando eran los propios agentes del gobierno los que sobornaban con opiáceos a algunos adictos para que estos delataran a los médicos que recetaban estas sustancias (Payte, 1991a).

Durante los siguientes cuarenta años, las políticas federales relativas a las drogas se caracterizaron por su moralismo: se demonizaron las drogas, principalmente la heroína, y se endurecieron las penas por su posesión, consumo y venta. La adicción a opiáceos se presentó como una condición incurable (Jaffe y O’Keeffe, 2003) o se entendía que el adicto presentaba un problema de carácter o de falta de voluntad, y no tanto un problema médico (Dole y Nyswander, 1967).

Estas políticas represivas no fueron efectivas, pues al quedar los médicos fuera de escena, aumentó considerablemente el mercado negro de opiáceos. Sin embargo, al entrar Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial, la adicción a opiáceos prácticamente desapareció al interrumpirse la entrada de opio proveniente de Asia (Payte, 1991a).

Al terminar la guerra hubo un nuevo incremento en la adicción a heroína, incremento que se aceleró a principios de los años 60. El perfil del adicto en este momento era el de alguien joven, perteneciente a una minoría étnica y residente en zonas deprimidas (Kleber, 2008). Ante el fracaso evidente del tratamiento habitual de la drogodependencia, limitado hasta entonces a la desintoxicación (Payte, 1991a), en 1961 la *American Bar Association*⁷ y la Sociedad Médica del Estado de Nueva York solicitaron que se contemplara la posibilidad de administrar narcóticos legales a adictos a la heroína como forma de terapia sustitutiva (Jaffe y O’Keeffe, 2003; Senay, 1985).

⁷ *American Bar Association*: Asociación de abogados y estudiantes de derecho, fundada en 1878, dedicada principalmente al establecimiento de estándares académicos para las escuelas de derecho y al desarrollo de normas éticas dentro del ámbito legal. Su sede se encuentra en Chicago, Illinois, pero sus actividades no se circunscriben a ninguna jurisdicción concreta, sino que tienen lugar a nivel nacional (<http://www.americanbar.org/aba.html>).

1.4.2. La propuesta de Dole y Nyswander

Así, en 1963, el Consejo de Investigación en Salud de la ciudad de Nueva York (*Health Research Council of New York*) otorga una beca al médico Vincent P. Dole (1913 – 2006) para que investigara sobre tratamientos de mantenimiento a adictos (Payte, 1991a). En colaboración con la psiquiatra psicoanalista Marie Nyswander (1919 – 1986), inició sus investigaciones en el Rockefeller University Hospital y, poco después, en el Beth Israel Medical Center (Courtwright, 1997; Dole, Nyswander y Warner, 1968)⁸. El primer intento de tratamiento sustitutivo opiáceo se hizo con morfina, que debía ser administrada hasta cuatro veces al día por vía intravenosa. Se desechó la propuesta rápidamente al constatarse que los pacientes requerían de dosis cada vez mayores para evitar el síndrome de abstinencia, limitándose además su comportamiento a esperar pasivamente a la siguiente dosis (Payte, 1991a).

Visto el fracaso de la morfina como sustancia sustitutiva de mantenimiento, probaron entonces la metadona, un opioide sintético elaborado en Alemania durante la Segunda Guerra Mundial⁹ y para el que había alguna evidencia de eficacia en la desintoxicación de heroinómanos. Su vía de administración oral y su mayor tiempo de actuación en el organismo la hacían una sustancia más adecuada para un tratamiento sustitutivo de mantenimiento (Payte, 1991a).

Dole y Nyswander (1965) presentan los primeros datos de eficacia de su tratamiento con metadona sobre una muestra de 22 pacientes. En esta primera comunicación, el tratamiento se dividía en tres fases: la primera requería que el paciente se encontrara ingresado en una unidad hospitalaria mientras se le comenzaba a suministrar la metadona; se iniciaba el tratamiento con dosis bajas (10-20mg./día), que se iban incrementando en función de la sintomatología de abstinencia que experimentara el paciente, hasta llegar a niveles de estabilización de 50-150 mg./día. Durante la segunda fase, ya de carácter ambulatorio, el paciente debía regresar

⁸ En una nota biográfica aparte, Vincent Dole y Marie Nyswander contrajeron matrimonio en 1965, el mismo año que apareció su primera publicación sobre el tratamiento con metadona (Courtwright, 1997).

⁹ La creencia popular de que la metadona se desarrolló con fines analgésicos ante la escasez de morfina durante la guerra, sin embargo, es errónea; el compuesto original se desarrolló más bien como antitusivo y espasmolítico (Defalque y Wright, 2007).

diariamente a la clínica para tomar su dosis de metadona en presencia de un profesional y dejar una muestra de orina para análisis toxicológico. En esta segunda fase se ayuda al paciente en sus necesidades de trabajo, alojamiento y formación. Llegar a la tercera fase sería la meta del tratamiento, y correspondería a pacientes autónomos e integrados en sociedad; en esta fase, se podría continuar recibiendo una dosis diaria de metadona de forma más o menos indefinida.

Los resultados obtenidos resultaron prometedores: para los 22 pacientes atendidos (durante un periodo entre 1 y 15 meses) la toma continuada de metadona eliminaba las ganas de consumir y permitía mantener la abstinencia, lo cual era confirmado por los análisis toxicológicos. El único efecto secundario detectado fue la aparición de estreñimiento en los pacientes.

La idea de que eliminar las ganas de consumir liberaría al adicto de la presión para conseguir heroína y le permitiría dedicar su tiempo y esfuerzos a mejorar su situación personal y social (formación, empleo, mejora de relaciones familiares y sociales, abandono de actividad delictiva... Senay, 1985; Senay y Renault, 1971; Ward, Hall y Mattick, 1999), supuso un giro conceptual importante en la comprensión hasta el momento de los problemas de dependencia de sustancias. Con anterioridad a la aparición del tratamiento con metadona, se consideraba que las adicciones eran causadas por un “defecto de carácter” previo, consistente en la conjunción del supuesto carácter psicopático del adicto y sus dificultades para el control de impulsos; Dole y Nyswander (1967) señalan, sin embargo, que estos rasgos de personalidad desaparecían en los sujetos que tomaban metadona sin precisar ningún abordaje psicoterapéutico adicional, por lo que estas características psicológicas no serían tanto causa de la adicción como consecuencia de la misma. Esto les lleva a reformular la dependencia de opiáceos como una “enfermedad metabólica”, por oposición al modelo moral o psicológico predominante hasta ese momento.

Es importante además señalar aquí que la filosofía del tratamiento con metadona daba prioridad a la rehabilitación social del adicto por encima de la abstinencia a toda sustancia; de esta manera, se asumía que en la mayoría de los casos

la administración de metadona a lo largo de la mayor parte de la vida del paciente debería ser un mal menor (Landry, 1996, p. 17).

Dole *et al.* (1968) presentan resultados con una muestra más grande y con más tiempo de seguimiento. A los cuatro años de estar funcionando el programa de tratamiento, se había admitido a un total de 863 pacientes, de los cuales 109 (13%) no continuaban. De estos 109, 63 habían sido expulsados por presentar problemas de comportamiento o consumo de otras sustancias distintas a la heroína. La estructura básica del programa se mantenía, si bien se había ampliado la edad máxima de admisión de los pacientes (40 años al comienzo del estudio, 50 años tras el tercer año), se habían admitido a pacientes mujeres (durante los primeros 18 meses sólo se había admitido a varones) y se estaban ensayando experiencias de realizar la fase inicial de inducción de metadona de forma ambulatoria. Los autores consideran haber rehabilitado a 750 adictos con problemas previos con la justicia, y que las condenas criminales se habían reducido en al menos un 90% en relación al periodo anterior al tratamiento. La mayoría de los pacientes había dejado de consumir heroína completamente tras el comienzo del tratamiento. Los autores señalan también la alta tasa de reinserción social evaluada según el mantenimiento de un empleo estable (59%) o comportamiento socialmente aceptable, lo cual atribuyen al trabajo de médicos, enfermeras, antiguos pacientes, consejeros y trabajadores sociales del programa.

Estos resultados fueron tan prometedores que el Comité de Evaluación del Mantenimiento con Metadona sugirió: 1) continuar admitiendo nuevos pacientes al ritmo que los recursos permitieran; 2) expandir el programa a otras unidades; 3) ampliar los criterios de inclusión para hacer el programa accesible a un mayor abanico de pacientes; 4) continuar la investigación de cada componente del programa; y 5) continuar el seguimiento de todos los pacientes atendidos para evaluar los resultados a largo plazo (Methadone Maintenance Evaluation Committee, 1968).

La repercusión de la propuesta de Dole y Nyswander no se limitó a la comunidad médica y científica. En el mismo año 1965 en que se hizo la primera

publicación, las populares revistas *Time*, *Look* y *Science Digest* se hicieron eco de una “nueva esperanza” y una “cura” para el problema de la drogadicción (Clark, 2012).

Las críticas al tratamiento con metadona tampoco se hicieron esperar. Ausubel (1966) cuestionaba la publicación inicial de Dole y Nyswander (1965) en los siguientes puntos: 1) las dosis de metadona de las que informan serían muy superiores a las mínimas necesarias para evitar los síntomas de abstinencia; 2) si los participantes en el estudio, personas dependientes de opiáceos, pueden recibir legalmente y sin costes un agente opiáceo como la metadona, estarían muy motivados para informar de alta satisfacción con el procedimiento y dar una imagen deseable para los investigadores, lo cual sesgaría inevitablemente los resultados; y 3) la rápida difusión de esos resultados preliminares, sobre una muestra de 22 pacientes y con seguimientos entre 1 y 15 meses, en medios dirigidos a la población general, como *Look* y *The New Yorker*, podría inducir a expectativas irreales sobre las bondades de la metadona. En definitiva, su tratamiento tendría poco de tratamiento y más de mantener la adicción: *“No acabo de ver cómo la adicción legalizada supone una mejoría sobre la adicción ilegal”*¹⁰ (Ausubel, 1966, p. 950). Otro duro crítico en este sentido fue Yablonsky (1966), quien fue un importante promotor y partidario de los tratamientos en modalidad de Comunidad Terapéutica, y que igualmente consideraba que el tratamiento con metadona se limitaba a ofrecer droga a adictos para satisfacer su adicción.

1.4.3. La expansión del tratamiento con metadona

Los éxitos y las críticas acompañaron la rápida expansión de los programas de metadona durante la década siguiente (Dole, 1999). Al lado de datos que avalan la eficacia del tratamiento (Gearing, 1974; Gearing y Schweitzer, 1974; Senay y Renault, 1971) persistieron las voces críticas (Casriel y Bratter, 1974; Lennard, Epstein y Rosenthal, 1972). Las decisiones políticas, en ocasiones motivadas por criterios ideológicos más que por la evidencia empírica, determinaron en gran medida el desarrollo y administración del programa (Dole, 1999; Jaffe y O’Keeffe, 2003).

En los años siguientes a las primeras publicaciones de Dole y Nyswander se abrieron nuevas clínicas y programas, tanto en Nueva York como en otras ciudades. En

¹⁰ *“I fail to appreciate how legalized addiction is any improvement over illicit addiction”.*

1968 se celebró la primera Conferencia Nacional sobre el Tratamiento con Metadona, cuyo fin era servir como foro para compartir la experiencia de programas en distintas ciudades (Dole, 1999). Cuando en 1969 se celebró la segunda de estas conferencias, numerosos programas en Estados Unidos recibían financiación a nivel nacional, federal y municipal (Sells, 1977). En esta expansión influyó decisivamente el apoyo de la administración del presidente Nixon, quien hizo del tratamiento con metadona una de las piedras angulares de su lucha contra la droga (Jaffe y O'Keeffe, 2003).

A principios de los años 70 se incrementó el presupuesto en el estado de Nueva York, y dirigentes políticos plantearon la expansión inmediata del programa para poder atender a 25.000 pacientes, lo cual suponía prácticamente quintuplicar en tres años el número de personas atendidas (Dole, 1971). En junio de 1971 el mantenimiento con metadona dejó de ser un tratamiento experimental y pasó a considerarse un tratamiento eficaz. Los esfuerzos iban dirigidos a minimizar los riesgos reales y percibidos del tratamiento y facilitar el acceso al programa a las personas que lo pidieran (Jaffe y O'Keeffe, 2003). En 1972 había ya 65.000 pacientes atendidos en 450 programas distintos en todo Estados Unidos (Sells, 1977). Payte (1991a) achaca esta rápida expansión en parte a la ansiedad de dirigentes políticos que querían resolver rápidamente el problema de los narcóticos y veían en la metadona una solución.

Ante las pretensiones políticas de incrementar rápidamente la capacidad de atención del programa, el propio Vincent Dole (1971) expuso su preocupación por que los problemas administrativos y la creciente burocratización del sistema comprometieran la calidad de la atención, ya que tal volumen de pacientes originaría unas condiciones en las que el seguimiento de los casos no podría ser tan personalizado y estrecho como el que se había estado haciendo hasta el momento: *“El descenso de la criminalidad correlaciona con la rehabilitación [...]”. Esto no se conseguirá simplemente dispensando metadona*¹¹ (Dole, 1971, pp. 1131-1132).

Precisamente Dobbs (1971) ofrece datos de un tratamiento llevado a cabo en las condiciones sobre las que Dole (1971) advertía: describe una clínica en la que se dispensaba metadona antes incluso de que el paciente pudiera ser adecuadamente

¹¹ *“Crime reduction is correlated with rehabilitation [...]”. This will not be done simply by dispensing methadone”.*

valorado para decidir qué modalidad de tratamiento estaba más indicada (ingreso para desintoxicación hospitalaria vs. mantenimiento con metadona); con un personal tan reducido que la atención a los pacientes se limitaba a lo mínimo necesario, y en la que la psicoterapia era grupal y limitada; y sin un seguimiento exhaustivo de la realización de controles toxicológicos para constatar abstinencia, así como sin grandes consecuencias en caso de resultados positivos. Estas circunstancias permitirían evaluar los efectos de sustituir el narcótico ilegal por un narcótico legal y gratuito sin que se llevara a cabo ninguna otra intervención. Y, en estas circunstancias, sobre una muestra de 100 pacientes, Dobbs (1971) concluye que no está tan claro que la dispensación de metadona esté llevando a una reducción del consumo (cabiendo incluso la posibilidad de que se esté dispensando metadona a personas que hasta ese momento eran consumidores ocasionales, y no habituales ni crónicos, de opiáceos) ni que se esté produciendo una rehabilitación de los pacientes a nivel laboral o social (lamentablemente, su metodología resulta algo confusa, y no ofrece datos concretos de porcentaje de mantenimiento del consumo).

La primera década del tratamiento culminó con la admisión (en el periodo de 1970 – 1974) de más de 20.000 heroinómanos en el sistema de clínicas de la Ciudad de Nueva York (Dole, 1999), acumulándose las evidencias a favor del tratamiento con metadona como promotor de la rehabilitación social de los adictos, con una importante disminución de la criminalidad y una mayor probabilidad de conseguir y mantener un empleo (Gearing, 1974; Gearing y Schweitzer, 1974; Senay y Renault, 1971).

Aun así, la segunda década del tratamiento supone dificultades y un cambio de tendencia. Tras la expansión que había caracterizado a la primera década, se regresó a políticas de abstinencia, más que de rehabilitación, con trabas administrativas a las dosis permitidas, reducción de presupuestos y un excesivo control burocrático de las clínicas y los profesionales, con el consiguiente deterioro de la calidad del tratamiento (Dole, 1999). Las regulaciones planteadas por el gobierno a partir de 1973 fueron consideradas como una injerencia sin precedentes en la práctica de la medicina y dañaron en gran medida los programas (Payte, 1991a).

A pesar de los datos empíricos favorables, continuaba habiendo oposición al tratamiento con metadona. A la influencia residual de la época anterior de demonización y control férreo sobre el adicto, se sumaban las críticas de los partidarios de programas psicosociales, quienes temían que la metadona enmascarase el papel de determinantes de la adicción tales como el desempleo, los problemas de alojamiento y otros aspectos psicológicos y sociológicos; otras críticas tenían que ver con que se percibía la metadona como una amenaza a los tratamientos en comunidades terapéuticas o como un instrumento de control social de minorías étnicas (Jaffe y O’Keeffe, 2003; Kleber, 2008).

Peck y Beckett (1976) hacen balance de los datos favorables y de las desventajas del tratamiento con metadona. La evidencia acumulada hasta el momento hablaría de resultados “impresionantes”, siempre que se tenga en cuenta que el objetivo del programa es la rehabilitación para que el adicto sea un miembro productivo de la sociedad. Señalan, eso sí, la ausencia de evaluaciones sistemáticas llevadas a cabo por agentes independientes. Señalan también las desventajas de estos programas: 1) el paciente continúa dependiendo de una sustancia, esta vez bajo control médico; 2) se desconocen todavía los efectos a largo plazo de la toma de metadona; 3) mantener a un número creciente de pacientes supone un coste económico cada vez mayor; 4) cabe la posibilidad de que este tipo de intervención no resulte en un cambio efectivo de estilo de vida en el paciente y, de hecho, le permita acceder a mejores servicios sociales mientras se mantenga como adicto que si deja de serlo. Finalmente, estos autores entienden que no se sostienen las críticas realizadas en la línea de que este tratamiento se reduce a “cambiar una adicción por otra”, que es un instrumento de control social de minorías desfavorecidas o que los partidarios de la metadona se plantean aplicarla por sí sola sin otros servicios de asesoramiento.

Los propios Dole y Nyswander (1976) reconocieron que los resultados tras una década de implantados los tratamientos no llegaban a la altura de las expectativas iniciales, pero achacaban esto a cuestiones administrativas, y no clínicas, y reivindicaban fuertemente el papel de los elementos de rehabilitación social del programa más allá de la toma de metadona, elementos que no se estarían implantando adecuadamente en la realidad de los programas existentes en los años

70. El exceso de burocratización del sistema habría dado lugar a que el tratamiento con metadona que se realizaba en esos momentos en Estados Unidos hubiera perdido el sentido rehabilitador con que habían empezado diez años antes. En este sentido, las preocupaciones de Dole (1971) habrían resultado plenamente justificadas.

Payte (1991a) señala que el público general toleró la rápida expansión de los tratamientos en esta época por su potencial para la reducción de la criminalidad pero que la reducción de presupuesto en los años 70 llevó a la proliferación de programas que no cumplían unos criterios mínimos de calidad, lo que deterioró su imagen pública. Alrededor de 1973 tendría lugar, además, un “contraataque regulador” por parte del gobierno federal, quien planteaba regulaciones que dejaban poco espacio para el juicio clínico, y que determinaban cómo debían ser la dosis máxima de metadona prescrita, la frecuencia de asistencia a la clínica, los controles de orina, la política de privilegios en la recogida de dosis, la dotación de personal, la custodia de registros, la información que aportar y las condiciones en que un paciente podía ser admitido a tratamiento. El incumplimiento de esta normativa conllevaba sanciones que podían incluso suponer el cierre del programa y la presentación de cargos legales. El mensaje era que para continuar funcionando eran más importantes criterios administrativos y burocráticos que la atención que se prestaba a los pacientes (Zweben y Payte, 1990). Finalmente, el gobierno fue reduciendo su implicación y los programas empezaron a estar en manos de empresas privadas; esto dio lugar a la existencia de programas con carencias, cuyos problemas eran visibles a la opinión pública, mientras que otros programas bien montados e implementados pasaban desapercibidos (Payte, 1991a).

Un análisis interesante al respecto lo plantea Cushman (1977) sobre los datos recogidos en la *St. Luke's Methadone Clinic* de Nueva York (una de las primeras abiertas al comenzar a diseminarse el tratamiento de Dole y Nyswander). En sus primeros diez años de existencia había atendido a 547 pacientes. Si bien la frecuencia de consumos de sustancias ilegales se reducía de manera brusca, los pacientes no llegaban a quedar plenamente integrados en la sociedad y formaban una especie de clase social intermedia entre el perfil drogodependiente marginal y el entorno social normalizado; este grupo intermedio se caracterizaba, en comparación con la población

general, por un mayor uso de los servicios hospitalarios, mayor mortalidad, autonomía económica sólo parcial (aunque muchos pacientes conseguían empleos que les permitían vivir, un porcentaje importante todavía dependía de diversas prestaciones sociales) y dificultades para alcanzar una abstinencia completa a toda sustancia (sólo un 15 % de los pacientes consiguieron desintoxicarse de metadona con éxito, sin tener que volver a solicitarla más adelante). Cushman, Trussell, Gollance, Newman y Bihari (1976) señalan las diferencias existentes en la forma de aplicar el tratamiento en distintos programas y abogan por establecer un modelo estándar.

Es probable que estas diferencias en la aplicación obedezcan a las discrepancias entre profesionales con respecto a la finalidad del tratamiento (Sells, 1977). Para empezar, se debatía acerca de si el beneficiario del tratamiento debía ser principalmente la sociedad (al reducirse el consumo ilegal y la delincuencia asociada) o el sujeto drogodependiente (al ofrecerle la posibilidad de recuperarse y reinserirse en comunidad). El uso de la coerción legal para atraer a algunos pacientes a los programas hace que éstos funcionen más como mecanismos de control social que como tratamientos genuinamente terapéuticos.

Sobre este punto, King (1975) expone un análisis de las contingencias contradictorias que operan en un centro de tratamiento a distintos niveles (personal de enfermería, auxiliares, trabajadores sociales psicólogo, médico, dirección del centro y, por supuesto, los propios pacientes) en lo que él llama “el juego del mantenimiento con metadona”. Estas presiones en sentidos opuestos harían imposible atender simultáneamente las metas de atención al paciente para ayudarlo a desarrollarse como ser humano autónomo y la atención a la comunidad al apartar de ella a los individuos problemáticos.

Otro punto de debate señalado por Sells (1977) es si la meta de la intervención debe ser el mantenimiento de la dependencia fisiológica con metadona de manera más o menos indefinida o si eventualmente habría que plantearse una desintoxicación de la metadona para que el paciente alcanzara una abstinencia completa a toda sustancia. Dole *et al.* (1968) se decantan por que el mantenimiento con metadona de manera más o menos indefinida debe ser la regla en la mayoría de los casos,

únicamente contemplando con reticencia la posibilidad de una retirada muy gradual de la metadona en aquellos pacientes con varios años de estabilidad en sus vidas. En este sentido, equiparar el tratamiento con metadona a la toma de insulina por parte de un diabético se convierte en un tópico habitual (Payte, 1991b). La postura contraria es adoptada por Goldstein (1972), quien cuestiona la “hipótesis metabólica” de Dole y Nyswander (1967) y explica la eficacia de la metadona basándose en procesos de condicionamiento, planteando que sí sería posible un tratamiento con metadona por tiempo limitado, sin necesidad de un mantenimiento indefinido. Bratter y Pennacchia (1978), en una línea similar, advierten acerca del posible efecto de la profecía autocumplida, de manera que la cantidad de desintoxicaciones totales exitosas sería menor en aquellos contextos de tratamiento en los que circule el mensaje, implícito o explícito, de que una vez instaurada una dependencia el adicto requerirá de la administración de alguna sustancia durante el resto de su vida. Eso sí, estos autores no aportan datos empíricos.

1.4.4. Los grandes estudios nacionales

A finales de las décadas de los años 60, 70 y 80 respectivamente tienen lugar en Estados Unidos tres grandes estudios prospectivos multicéntricos a nivel nacional que evalúan la eficacia de distintas intervenciones para la dependencia de sustancias, incluyendo el tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos; es importante tener en cuenta que si bien ninguno de estos estudios utilizaba la asignación aleatoria de pacientes a los distintos tratamientos, su valor radica en el estudio de intervenciones tal como se aplicaban según criterios clínicos en servicios ya existentes (Gossop, 2005).

1.4.4.1. Proyecto DARP

El primero de ellos es el proyecto DARP (*Drug Abuse Reporting Program*), financiado inicialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institute of Mental Health* – NIMH) y después por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), dirigido por Saul B. Sells y realizado en el Instituto de Investigación Conductual (*Institute of Behavioral Research* – IBR) de la *Texas Christian University*. Se recopilaban datos de unos 44.000 pacientes que habían estado en 52 programas de tratamiento

entre 1969 y 1973, en Estados Unidos y Puerto Rico (Landry, 1996, p. 4). Se pretendía evaluar la eficacia diferencial de cuatro tipos de tratamiento: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, servicios ambulatorios libres de drogas (esto es, sin apoyo de una medicación sustitutiva como la metadona) y desintoxicación ambulatoria (Simpson y Sells, 1982). Al ser el primer gran estudio de estas características, una de sus primeras tareas consistió en elaborar una tipología y clasificación de las intervenciones aplicadas (Cole y James, 1975). Los datos se analizaron por cohortes, y en 1974 se iniciaron estudios de seguimiento en los que participaron un total de 6.402 pacientes de 34 centros de tratamiento. En un seguimiento a 12 años de iniciado el tratamiento se intentó contactar con 697 consumidores diarios de opiáceos, de los que se llegó a entrevistar al 70% (Office of Technology Assessment, 1990, p. 65, Simpson y Sells, 1990).

Los datos del tratamiento y los resultados preliminares del seguimiento de la primera cohorte tres años después de iniciada la intervención (Sells, 1977) muestran que, efectivamente, el tratamiento con metadona producía una rápida disminución del consumo de opiáceos ilegales y la criminalidad asociada, además de otros cambios menores pero igualmente significativos: disminución del consumo de alcohol y otras sustancias no opiáceas y mantenimiento de un empleo o alguna otra actividad productiva. Sells (1977) duda, aun así, de hasta qué punto se estaban implementando los elementos de rehabilitación social como inicialmente habían planteado Dole y Nyswander (1965); esto le lleva inicialmente a plantear que las mejoras encontradas en el grupo en tratamiento con metadona se deberían más a los efectos directos de la toma del opiáceo junto con los elementos de control social del programa. Desecha esta hipótesis, al menos parcialmente, al comprobarse que los beneficios del programa se mantenían en los seguimientos de aquellos sujetos que permanecieron en tratamiento durante más tiempo (Sells, 1977).

A lo largo de los seguimientos posteriores, los datos continuaron siendo favorables para el tratamiento con metadona. Senay (1985) refleja que más del 50% de los pacientes seguían en tratamiento al menos un año, y el consumo de opiáceos y la criminalidad disminuyeron drásticamente en relación al pre-tratamiento; asimismo, durante el año posterior a la finalización del tratamiento aumentó el porcentaje de

individuos activos laboralmente. El tiempo de permanencia en tratamiento con metadona es uno de los predictores más fuertes del bajo consumo de heroína (Landry, 1996, p. 19).

Los datos del proyecto DARP, tomados en su totalidad, muestran que tanto el tratamiento con metadona como el tratamiento en comunidad terapéutica o el tratamiento libre de drogas eran superiores en eficacia a la simple desintoxicación y a no haber iniciado tratamiento aún; sin embargo, ninguno de los tres tratamientos eficaces demostró su superioridad sobre los otros dos a la larga (Simpson, 1984), si bien el tratamiento con metadona era el que menos pacientes perdía en el primer seguimiento (Sells, 1977). En vista de esto, Simpson (1984) busca “factores comunes” a las tres intervenciones eficaces, identificando en este sentido la duración del tratamiento, la calidad de la relación terapéutica entre el paciente y su(s) profesional(es) de referencia y el compromiso por parte del paciente por superar la drogodependencia. A la hora de interpretar la falta de superioridad de un tratamiento sobre los otros, no hay que olvidar que la asignación de pacientes a los tratamientos obedeció a un criterio clínico, y no a un criterio aleatorio.

1.4.4.2. Estudio TOPS

Entre 1979 y 1981 se llevó a cabo el estudio TOPS (*Treatment-Outcome Prospective Study*), financiado por el NIDA y realizado por el *Research Triangle Institute*. Se analizaron datos de 11.750 pacientes que habían entrado en 41 programas de tratamiento, en diferentes modalidades de intervención (tratamiento con metadona, tratamiento residencial y tratamiento libre de drogas). Incorporaba más información que el DARP relativa a la historia natural de los consumidores de drogas (detalles sobre sus vidas antes, durante y después del tratamiento) y del propio tratamiento (Office of Technology Assessment, 1990, pp., 65 – 66), así como tenía en cuenta el estado psicológico de los pacientes, principalmente en lo relativo al estado de ánimo (Senay, 1985).

Se establecieron 3 cohortes de pacientes, que fueron entrevistados a intervalos de tres meses mientras estaban en tratamiento. Se realizaron seguimientos a los 3 meses, 1 año, 2 años y de 3 a 5 años tras la finalización del tratamiento. Las principales

variables resultado se referían al consumo de drogas, actividad criminal y productividad (Office of Technology Assessment, 1990, pp. 65 – 66).

Sus resultados van en la misma dirección que los del estudio DARP (disminución del consumo de opiáceos y criminalidad, mejora de la tasa de empleo) y, además, señalan que los indicadores de depresión en los pacientes mejoraron a lo largo de la intervención (Hubbard, Rachal, Craddock y Cavanaugh, 1984; Senay, 1985). Como había sucedido con el estudio DARP, aquí la larga duración del tratamiento es uno de los predictores más fuertes del bajo consumo de heroína en los pacientes en tratamiento con metadona (Landry, 1996, p. 19).

1.4.4.3. Estudio DATOS

Entre 1989 y 1996 se realiza el estudio DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Study*), también financiado por el NIDA. Se recoge información de 10.010 pacientes admitidos a tratamiento entre 1991 y 1993 en 96 programas de 11 ciudades. Se seleccionó a 2.966 participantes para hacer entrevistas de seguimiento a los 12 meses de terminar el tratamiento. Nuevamente, se estudiaba la eficacia de cuatro tipos de intervenciones: tratamiento con metadona, tratamiento residencial a corto plazo (en hospitales), tratamiento residencial a largo plazo (comunidad terapéutica) y tratamiento ambulatorio libre de drogas. Además, se adaptó la recogida de información a la realidad del drogodependiente de la época en que se realizó el trabajo: si bien en los tiempos de los estudios DARP y TOPS el consumo principal era el de heroína, en el momento en que se realizó el estudio DATOS el consumo de opiáceos había disminuido de manera importante, con el consiguiente incremento del consumo de cocaína (Flynn, Craddock, Hubbard, Anderson y Etheridge, 1997).

En el seguimiento a un año se vio que los pacientes que continuaban en tratamiento con metadona informaban de menor consumo diario o semanal de heroína que los pacientes que lo habían dejado; una vez más, la duración del tratamiento con metadona era un importante predictor del bajo consumo de heroína. Sin embargo, no se pudo replicar el hallazgo de estudios anteriores relativo a la reducción de la criminalidad en los pacientes en tratamiento con metadona. De hecho, salvo el tratamiento residencial a largo plazo, los demás tratamientos no mostraron

cambios significativos en las variables relevantes más allá de las directamente relacionadas con la frecuencia de consumos, quizás por la reducción de servicios adicionales en las modalidades de tratamiento con metadona y tratamiento libre de drogas (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson y Etheridge, 1997).

Efectivamente, Etheridge, Hubbard, Anderson, Craddock y Flynn (1997) exponen las siguientes diferencias entre los programas de intervención implementados durante el estudio DATOS y aquellos que se habían aplicado en el anterior estudio prospectivo, el TOPS: menor duración de los tratamientos y menor provisión de servicios de seguimiento, derivándose a muchos pacientes que habían finalizado las intervenciones a redes de apoyo basadas en la filosofía de los Doce Pasos, tipo Alcohólicos Anónimos; había asimismo menos servicios de atención más allá del asesoramiento sobre el abuso de sustancias, sin que pudieran atenderse adecuadamente las necesidades particulares de los pacientes sin hogar, mujeres embarazadas y pacientes con patología psiquiátrica e infección VIH; finalmente, los programas evaluados en este estudio no contaban con adecuados contactos con elementos relevantes en la comunidad (colegios, iglesias, hospitales, comisarías de policía o servicios sociales) que promovieran la derivación de pacientes a estos programas. Finalmente, las grandes diferencias entre programas, incluso en una misma modalidad de tratamiento, podían enmascarar los resultados del estudio.

En el seguimiento a cinco años (Hubbard, Craddock y Anderson, 2003) participaron 1.393 pacientes que estaban ya presentes en el seguimiento a 1 año. De estos, 432 pacientes estaban en la modalidad de tratamiento ambulatorio con metadona. En estos pacientes, el consumo de opiáceos se había incrementado con respecto a los datos recogidos en el seguimiento a 1 año (el 24,1% había informado entonces de consumo al menos diario de heroína, frente al 31,1% en el seguimiento a 5 años), pero se observa aun así una importante reducción del consumo en relación a antes de comenzar el tratamiento (en que el porcentaje de pacientes que informaban de consumo al menos semanal era del 91%). Además, en comparación con el seguimiento a 1 año, a los 5 años había disminuido el consumo de alcohol problemático (del 15,9% al 10,2%) y aumentado el porcentaje de individuos que trabajaban a tiempo completo (del 19,1% al 25,1%). Además, a los 5 años se

mantenían otras ganancias ya obtenidas durante el primer año de tratamiento, como el descenso de actividades delictivas y comportamientos sexuales de riesgo. La probabilidad de consumo de heroína descendía de manera más significativa en los pacientes que permanecían en tratamiento más de un año, y sólo estos mostraban además una reducción del riesgo de consumo de cocaína.

1.4.4.4. Estudio NTORS

Por último, a imagen de los estudios DARP, TOPS y DATOS desarrollados en Estados Unidos, en 1995 se lleva a cabo el estudio NTORS (*National Treatment Outcome Research Study*) en Reino Unido; en esta ocasión se recogen datos de 1.075 pacientes de 54 programas de tratamiento en los que se ofrecían cuatro modalidades de intervención: tratamiento residencial hospitalario especializado (con estancias que oscilan entre 2 semanas y 3 meses, n=95), programas de rehabilitación residenciales (n=218), mantenimiento con metadona en la comunidad (n=360) y reducción de metadona en la comunidad (esto último se refiere a que se va reduciendo gradualmente la dosis del paciente ambulatorio hasta la desintoxicación completa, n=136) (Gossop, 2005; Gossop, *et al.*, 1997).

El problema más frecuente en esta muestra fue la adicción a la heroína, y la mayoría de los sujetos eran policonsumidores. En las cuatro modalidades de tratamiento disminuyó de manera significativa la proporción de pacientes que consumían opiáceos, así como otras sustancias, a los 6 meses de iniciado el tratamiento. La comparación entre las diferentes intervenciones, no obstante, debe hacerse con cautela al no haber habido una asignación aleatoria de los pacientes a los grupos (Gossop *et al.*, 1997).

Gossop, Marsden, Stewart y Rolfe (2000) exponen los datos de seguimiento de los pacientes en los dos grupos de tratamiento con metadona (mantenimiento y reducción) un año después de iniciada la intervención. El nivel de consumo de opiáceos se había reducido a menos de la mitad respecto del comienzo del estudio, así como también había disminuido el consumo de estimulantes y benzodiazepinas fuera de pauta médica. Se distinguieron cuatro perfiles diferentes en función de los cambios en la frecuencia de consumo. Dos de estos grupos serían de “buenos respondedores” y

mostraban importantes descensos en el consumo de sustancias, así como en el uso de la vía inyectada y en compartir jeringuillas. Ambos grupos habían presentado una elevada frecuencia inicial de consumo de opiáceos, y la diferencia entre ambos estribaba principalmente en que uno de ellos había presentado además un importante nivel de consumo de benzodiacepinas no prescritas, que había disminuido durante el tratamiento, mientras que en el otro grupo este consumo de benzodiacepinas no se daba inicialmente, y presentaba un muy ligero incremento a lo largo del tratamiento. En total, ambos grupos abarcaban el 59% de la muestra. El 18% de la muestra pertenecía al grupo de “malos respondedores”, que habían presentado niveles de consumo de opiáceos al inicio del tratamiento ligeramente inferiores que los otros dos grupos, y que no habían experimentado mejoría al respecto, encontrándose incluso un incremento en el consumo de benzodiacepinas fuera de pauta médica. El cuarto grupo incluía a pacientes que habían mostrado inicialmente un consumo bajo de opiáceos, y que lo mantuvieron bajo a lo largo del año de seguimiento, mostrando además una disminución del consumo de benzodiacepinas no pautadas. Los autores de este trabajo señalan que los dos programas de metadona (mantenimiento y reducción) se estaban implementando con pocas diferencias entre ellos, de manera que no habría sido prudente establecer comparaciones entre ambos grupos.

En un trabajo posterior, Gossop, Marsden, Stewart y Treacy (2001) señalan que, efectivamente, sólo un tercio de los pacientes en el grupo de reducción de metadona habían recibido esta intervención tal como se pretendía, mientras que para el resto el tratamiento habría sido más bien una forma de mantenimiento con metadona. Los datos de 251 pacientes después de dos años de iniciado el tratamiento muestran que aquellos en los que el tratamiento de reducción de metadona se había aplicado con integridad, los resultados eran peores, con una mayor pérdida de pacientes a lo largo del tratamiento y una mayor frecuencia de consumo de heroína, quizás por las bajas dosis iniciales de metadona con que se comenzaba en esta modalidad, así como el mayor ritmo de descenso de dosis. La conclusión es que los consumidores de heroína que presenten mayor gravedad deberían recibir la modalidad del tratamiento con mantenimiento, más que la de la reducción de metadona (Gossop, 2005).

1.4.5. Desde los años 80 hasta la actualidad: consolidación y reconocimiento paulatinos de la metadona como opción terapéutica

La historia del tratamiento de mantenimiento con metadona en Estados Unidos desde los años 80 a la actualidad es una historia de numerosos vaivenes marcados por el cambiante apoyo de las administraciones, el debate entre tratamientos sustitutivos y tratamientos “libres de drogas”, la preocupación por mantener unos mínimos estándares de calidad y las crecientes evidencias empíricas a favor de la eficacia del tratamiento, que no obstante no debe limitarse a la mera prescripción de metadona.

Zweben y Payte (1990) hablan de un difícil proceso de crecimiento y desarrollo hacia una mayor legitimidad de los programas de metadona a finales de los años 80, pero quedaría igualmente mucho trabajo por hacer al pasar este tratamiento a la fase de maduración y refinamiento. Kleber (2008), por su parte, menciona que las quejas de la población acerca del tráfico de estupefacientes en las cercanías de las clínicas de dispensación condujeron a un recrudecimiento del estigma asociado a este tratamiento a finales de los años 80. Dichas quejas, por otro lado, solían coincidir con una reducción de los servicios de apoyo psicosocial que complementaban la dispensación de metadona.

En este espíritu, en 1988, la Conferencia de la Casa Blanca para una América Libre de Drogas demonizó la metadona, pero en 1990 la Oficina Nacional de Política de Control de Drogas (*Office of National Drug Control Policy*) estableció claramente que el tratamiento con metadona era una intervención legítima e importante dentro del abanico de opciones en el abordaje de las drogodependencias (Kleber, 2008).

Senay (1985) señala que a pesar de los buenos resultados encontrados en distintos estudios, no se han vuelto a replicar tasas de éxito tan elevadas como en los trabajos originales de Dole y Nyswander de los años 60. En el cuerpo acumulado de investigación empírica (para este autor, los programas de metadona son uno de los tratamientos más evaluados de la historia) se encuentran tanto trabajos favorables como no favorables, siendo más abundantes los primeros. Aun así, continuaría habiendo una mala imagen pública de esta modalidad de tratamiento en la población general debido a las siguientes razones: falta de difusión de los resultados, la ideología

prevalente en el campo de los tratamientos de drogodependencias (más favorable a la abstinencia completa de toda sustancia), la existencia real de algunos centros de tratamiento con carencias, las tensiones entre las instituciones y las zonas deprimidas donde se instalan las clínicas, la existencia de gestores más preocupados por el beneficio económico que por la calidad de la atención, la mala formación del personal y la relación entre criminalidad y dependencia de opiáceos.

Allison y Hubbard (1985) enumeran las diferentes cuestiones de debate que rodean a esta modalidad de intervención a mediados de los años 80: la desintoxicación de la metadona como un objetivo, o no, del tratamiento, los criterios de admisión a tratamiento, la política de llevarse los pacientes dosis a sus casas, la realización de controles de orina, el uso adicional de antagonistas u otras ayudas farmacológicas y la reintegración social en general. Uno de los asuntos más importantes de debate eran los rangos de dosis terapéutica, con numerosos trabajos dedicados a observar la eficacia diferencial de diferentes dosificaciones (en general, se encuentra que pacientes con dosis elevadas, entre 80 – 100 mg./día, presentan mejor evolución que pacientes con dosis más bajas, de 40 mg./día o menos).

Liappas, Jenner y Vicente (1988) realizaron un análisis crítico de la evidencia acumulada hasta el momento, sobre todo en el Reino Unido, y concluyeron que los méritos de los programas de metadona no serían tantos: muchos estudios que ofrecen datos favorables a estos tratamientos no serían generalizables a la realidad social en que se están aplicando los programas, al quedar excluidos de las investigaciones pacientes con problemas asociados al alcohol, dificultades de personalidad y consumo de otras drogas. El impacto que puedan tener los programas de mantenimiento con metadona no es independiente de cuestiones sociales como el desempleo, problemas de alojamiento y la limitación de servicios sociales. La aparición de estos tratamientos ha supuesto el paso de una “provisión no controlada de heroína” a una “provisión controlada de metadona”, por lo que los efectos positivos encontrados en la reducción de la mortalidad y el crimen, y el mejor ajuste social del adicto, podrían atribuirse en realidad a una restricción de la capacidad de acceso del adicto a sustancias opiáceas.

El potencial del tratamiento con metadona para ayudar a frenar la epidemia de VIH contribuyó a una mayor y creciente aceptación social y política de esta modalidad de tratamiento (Dole, 1999; Payte, 1991a). Para Batki (1988), los programas de tratamiento para el consumo de drogas tendrían un papel fundamental en la prevención y tratamiento del VIH, así como en la provisión de atención psiquiátrica y social a los pacientes ya afectados que lo necesitaran. Señala asimismo que interrumpir el consumo por vía intravenosa tendría un efecto beneficioso sobre el sistema inmunitario que sobrepasaría la posible acción inmunosupresora de la metadona¹². Tanto es así que en 1989, ante la difusión de VIH entre consumidores por vía intravenosa, el NIDA y la FDA aprueban la “interim methadone maintenance”: dar metadona a pacientes que están en lista de espera, hasta que empiecen el programa completo de rehabilitación; esta medida se encontró con la oposición de los proveedores de servicios y algunas autoridades estatales (Jaffe y O’Keeffe, 2003).

Además de los estudios nacionales ya mencionados, en esta década continúa haciéndose investigación empírica relevante acerca de la eficacia de la metadona. Bale, van Stone, Kulda, Engelsing, Elashoff y Zarcone (1980) se plantean hacer una comparación sistemática entre el tratamiento de mantenimiento con metadona y el de comunidad terapéutica, opciones de tratamiento que se habían mostrado tradicionalmente como antagónicas una de otra. No se encontraron diferencias significativas entre ambas alternativas, pero los importantes problemas metodológicos relativos a la asignación de los participantes a los tratamientos (porcentajes importantes en ambos grupos optaron por cambiar de modalidad en algún momento, así como un 42% del total de la muestra optó por no realizar ningún tratamiento más allá de la mera desintoxicación) y las bajas tasa de retención en cada modalidad de tratamiento comprometen seriamente las conclusiones que puedan extraerse de los datos (Office of Technology Assessment, 1990, p. 68).

¹² En los años 80 existía la duda acerca de si la metadona deprimía el sistema inmunitario pues se conocía que otros opiáceos sí lo hacían. La revisión de McLachlan, Crofts, Wodak y Crowe (1993) concluye que, si bien las evidencias son contradictorias, la metadona probablemente no afecta negativamente a la función inmunitaria, pudiendo incluso promover una mejoría de la misma al disminuir el comportamiento de inyectarse y normalizarse el estilo de vida del adicto. En un trabajo más reciente, Sacerdote, Franchi, Gerra, Leccese, Panerai y Somaini (2008) apuntan que las anomalías del sistema inmunitario en heroinómanos puede retornar a valores normales con un tratamiento controlado con metadona o buprenorfina.

Otro trabajo relevante de la época es el de Ball, Corty, Bond, Myers y Tommasello (1988), quienes informan de reducciones importantes en el consumo de heroína por vía intravenosa y, en menor medida, en el consumo de drogas no opiáceas en una muestra de 617 pacientes en tratamiento con metadona en 6 programas distintos. Asimismo, la criminalidad descendió bruscamente con el inicio del tratamiento. Ambos cambios eran mayores cuanto más tiempo llevara el paciente en tratamiento. No obstante, el diseño transversal de este estudio limita la fuerza de estas conclusiones.

A mediados de los años 90, existe ya un sólido cuerpo de evidencia que apoya la noción de que los tratamientos de mantenimiento con metadona son eficaces al reducir el consumo ilícito de opiáceos, la actividad criminal, mejorar las posibilidades de conseguir y mantener trabajo, reducir conductas de riesgo para la transmisión del VIH y la hepatitis (Landry, 1996, pp. 17 – 21; no hay que perder de vista, no obstante, que los estudios aquí revisados se refieren a intervenciones que incluyen componentes de rehabilitación biopsicosocial más allá de la mera dispensación de metadona).

De manera paralela, en 1990 un informe de la Oficina de Contabilidad General (*General Accounting Office, GAO*) de Estados Unidos recomendaba una mayor supervisión federal de los programas que proporcionaban estos tratamientos, pues tras revisar la actividad de 24 programas concluyen que: 1) las metas y prácticas de estos programas diferían de manera importante; 2) un porcentaje importante de pacientes continuaba consumiendo heroína 6 meses después de comenzar tratamiento; 3) ninguno de los 24 programas evaluaba su propia efectividad; 4) no hay establecidos criterios de efectividad a nivel federal; y 5) la práctica de dispensar metadona a pacientes que están en lista de espera para recibir el programa completo (*interim methadone maintenance*) no servía para reducir el consumo por vía intravenosa (General Accounting Office, 1990).

A lo largo de los años 90, numerosos trabajos de revisión continúan haciéndose eco de las bondades en general de los programas de metadona, reconociéndose la disparidad existente en filosofías y políticas de implementación. Para Glass (1993), la provisión de metadona junto con unos servicios mínimos de asesoramiento pueden

ayudar a reducir el consumo de heroína y promover que más adictos comiencen tratamiento, pero aun así harían falta servicios psicosociales adicionales para mejorar los resultados.

En esta época son cada vez más frecuentes estudios o revisiones realizados en países europeos. En Reino Unido, Raistrick (1994) habla de la importancia de la dispensación de metadona como estrategia de reducción de daños ante el VIH, pero a la vez señala el difícil equilibrio entre esta filosofía del programa, más dirigida a la sociedad que al propio adicto, y ayudar al drogodependiente a recuperarse. Farrell *et al.* (1994), también en Reino Unido, destacan las ventajas generales de estos programas y señalan la necesidad de continuar la investigación para hacer los tratamientos aun más eficientes. Bertschy (1995), desde Suiza, hace hincapié en la disparidad de resultados encontrados al revisar diferentes estudios, disparidad que no sería atribuible a características de los pacientes sino a la forma de implementar los tratamientos: se obtienen peores resultados cuando hay restricciones a la dosis diaria de metadona, los servicios médicos y psicosociales son de baja calidad y las características de los programas obedecen más a un abordaje controlador y administrativo en vez de a uno empático y de apoyo al paciente. Permanecer más tiempo en tratamiento se asociaba a mejores resultados, si bien pueden ser necesarios periodos de 1 – 4 años para conseguirlos.

Murray (1998) coincide en señalar los beneficios de los tratamientos con metadona en la disminución del consumo de opiáceos, en la delincuencia y en la expansión del VIH. Con todo, le parece que es un tratamiento costoso, sobre todo por lo prolongado de su duración para muchos pacientes. Sugiere que mejores intervenciones psicoterapéuticas podrían incrementar las probabilidades de una recuperación completa, pero los diferentes trabajos revisados por él no mencionan este componente del tratamiento, como tampoco se ofrecen apenas detalles acerca de la rehabilitación vocacional de los pacientes.

En 1998, un nuevo informe de la GAO considera el mantenimiento con metadona como *“el abordaje más efectivo para el tratamiento de consumidores de heroína”* (General Accounting Office, 1998, p. 3), reconociendo, no obstante, que los

resultados obtenidos por distintos programas difieren de manera importante al ser también diferentes las prácticas en los diferentes centros. Este informe señala también que los resultados mejoran de manera importante cuando la dispensación de metadona va acompañada de servicios de asesoramiento (*counseling*), psicoterapia, cuidado de salud y servicios sociales y que, aun así, dichos servicios habían experimentado una importante reducción en las dos décadas anteriores, siendo más numerosos los pacientes que informaban de necesidades no satisfechas.

En un artículo de reflexión acerca de la “mayoría de edad” del tratamiento con metadona, el propio Vincent Dole (1999) señala que a finales de los 90 incluso los detractores de estos programas no pueden proponer una alternativa de tratamiento que tenga el potencial de frenar la expansión de VIH como la metadona. El autor continúa apostando por ofrecer programas de gran escala que ofrezcan el apoyo social necesario, además de la metadona, para rehabilitar a los adictos; entiende asimismo los costes que esto supondría y las grandes dimensiones que requerirían los servicios de atención. No descarta tampoco la posibilidad de que en algún momento se encuentre alguna “cura” más efectiva y permanente que la metadona, pero por el momento entiende que hay que trabajar con lo que se tiene y con lo que se ha aprendido en las más de tres décadas desde el comienzo de los tratamientos.

A finales de los años 90 en Estados Unidos tuvo lugar un intenso debate público a nivel nacional entre partidarios y opositores de los tratamientos con metadona. Dicho debate tuvo una cobertura de 190 artículos en los principales periódicos, así como en diversas cadenas de televisión. El debate acabó inclinándose a favor de estos programas, pero se reconoció también la importancia de establecer un adecuado sistema de acreditación de los mismos que garantice, por un lado, el cumplimiento de unos estándares de calidad y, por otro, que no amenazaran innecesariamente la continuidad de los programas que sí funcionaban bien (Parrino, 2000).

En este contexto, en mayo de 2001, se aprobaron nuevos criterios de acreditación de programas que sustituyeron a las regulaciones de 1974 de la Administración de Comida y Medicamentos. Parrino (2002) describe esta etapa como un “renacimiento del tratamiento con metadona en América” y confía en que el nuevo

sistema de acreditación permita establecer un nivel de servicios más consistente y mejorar, así, la calidad de la atención, si bien esto es contemplado sólo como un primer paso a la hora de abordar los problemas de los tratamientos con metadona. Otros objetivos relevantes serían el establecimiento de programas coordinados con las administraciones de justicia y penitenciarias y la modificación de políticas contrarias a los resultados de la investigación.

Es preciso mencionar aquí que en distintos momentos del s. XX se han desarrollado otros fármacos que se han incorporado también a terapias de sustitución con opiáceos como alternativas a la metadona (Uchtenhagen, 2003): el LAAM (*Levo-alpha-acetylmethadol*) permite una administración de tres veces a la semana, en lugar de diaria, y está indicado para pacientes que estén ya bien estabilizados en una dosis fija de metadona; la buprenorfina, por su parte, es un opiáceo sintético derivado de la tebaína con propiedades mixtas agonista-antagonista y con menor experiencia de síndrome de abstinencia ante la disminución de dosis o finalización del tratamiento. Los resultados terapéuticos de la buprenorfina se consideran equivalentes a los de la metadona cuando se tienen en cuenta la capacidad de retención en tratamiento y la reducción de consumo de sustancias ilegales, si bien la buprenorfina pierde más pacientes que la metadona durante la fase inicial hasta la estabilización. La metadona no ha dejado de ser el estándar, y no existen claros criterios para indicar cuándo otras medicaciones sustitutivas están mejor indicadas, si bien hay algunos programas que prefieren usar buprenorfina cuando el paciente necesita dosis bajas, en adolescentes y jóvenes adultos, y en consumidores de heroína por vía no intravenosa. La morfina no se utiliza apenas como tratamiento sustitutivo pero sí existen experiencias de programas de mantenimiento con heroína bajo supervisión médica¹³.

En la primera década del s. XXI no quedan dudas acerca de la importancia y eficacia del mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos. La Organización Mundial de la Salud considera las terapias sustitutivas como un tratamiento eficaz, seguro y eficiente de la dependencia de opiáceos, además de un elemento crucial en la prevención de la expansión del VIH. El individuo

¹³ En el caso particular de Reino Unido, el tratamiento de mantenimiento con heroína tiene una larga tradición, comenzando ya en los años 20, estimándose que en 2002 había unos 500 pacientes atendidos en esta modalidad de intervención (Solberg, Burkhart y Nilson, 2002).

drogodependiente se beneficia del tratamiento al alcanzar una mayor estabilidad, bienestar y funcionamiento social, pero la sociedad misma es también beneficiaria por los efectos del tratamiento sobre la reducción de la criminalidad, aumento de la productividad y disminución de los costes de los sistemas judiciales y de salud (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004, p. 32).

En su resumen de cinco revisiones sistemáticas, Amato, Davoli, Perucci, Ferri, Faggiano y Mattick (2005) concluyen que el tratamiento de mantenimiento con metadona, cuando esta está prescrita en una dosis adecuada, es más eficaz que otros tratamientos de mantenimiento con opiáceos (LAAM, buprenorfina, heroína) para mantener la adherencia de los pacientes y reducir el consumo ilícito de heroína. No obstante, en varios de los estudios revisados no quedaba claro hasta qué punto el mantenimiento de la abstinencia se evaluaba mediante análisis de tóxicos en orina (que sería la forma ideal de recoger esta variable) o más bien por el informe del propio paciente o de terceros. Se echaba de menos asimismo información acerca de los efectos del tratamiento sobre la mortalidad y la criminalidad así como medidas acerca de consumo de otras drogas, salud física y mental y Calidad de Vida.

Resultados similares encuentran Mattick, Breen, Kimber y Davoli (2009) al comparar la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona con abordajes no sustitutivos para la dependencia de opiáceos (desintoxicación, tratamientos libres de drogas, medicación placebo y condición de lista de espera): el mantenimiento con metadona es superior a las demás condiciones en lo relativo a retención de pacientes en tratamiento y disminución del consumo de opiáceos. Los pacientes en tratamiento con metadona mostraban, asimismo, una reducción de la mortalidad y la criminalidad, pero dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Finalmente, Fareed, Vayalapalli, Stout, Casarella, Drexler y Bailey (2011) revisan 16 estudios buscando específicamente evidencias de que la metadona ayuda efectivamente a disminuir las sensaciones de *craving* asociadas a la abstinencia de heroína. Las evidencias que encuentran son contradictorias: 7 estudios informan de que la metadona reduce el *craving*, mientras que 4 señalan que los pacientes atendidos todavía pueden experimentar sensaciones de abstinencia, 1 estudio informa

de que la metadona, de hecho, incrementa el *craving*, y otros 4 trabajos concluyen que la metadona no tiene impacto sobre el *craving*. Los autores del trabajo entienden que esta disparidad de resultados se debe a que la metadona podría, efectivamente, mitigar el componente meramente *fisiológico* de las sensaciones de abstinencia, pero que los heroinómanos podrían aun así experimentar *craving* condicionado a claves contextuales, por lo que es preciso que se tengan en consideración intervenciones más amplias que puedan abordar otros aspectos de la adicción que no sean afectados por la metadona.

Uchtenhagen (2013) se hace eco de la persistencia aún del debate acerca de qué abordaje es más adecuado en el tratamiento de las drogodependencias: intervenciones de mantenimiento con sustitutivos vs. terapias libres de drogas orientadas a la abstinencia de toda sustancia (estas últimas normalmente toman forma de intervenciones en contextos residenciales en los que no se permiten los tratamientos con sustitutivos opiáceos). El debate refleja de alguna manera la falta de acuerdo todavía existente en torno a cuál debería ser el objetivo último de las intervenciones para el abuso de sustancias: la abstinencia total o el bienestar del paciente (con o sin abstinencia). En cualquier caso, ambos abordajes presentan resultados positivos a largo plazo y un balance equivalente coste-beneficios, y las fronteras entre ambos se han ido diluyendo de forma que hay cada vez más intervenciones híbridas (por ejemplo, comunidades terapéuticas que admiten a pacientes en tratamiento con metadona), hasta el punto de que el autor califica dicho debate de “pasado de moda”: *“En una era de medicina individualizada, no hay ninguna razón en contra de disponer de múltiples opciones de tratamiento basadas en la evidencia, donde la planificación individual puede ajustarse a los riesgos y necesidades del paciente. En vez de discutir qué modalidad es superior, el debate ha evolucionado a planes acerca de cómo hacer el mejor uso de ambas”*¹⁴ (Uchtenhagen, 2013, p. 285).

¹⁴ *“In an era of individualized medicine, there is no argument against having multiple evidence-based treatment options where individual planning can be tailored to patient risks and needs. Instead of discussing which modality is superior, the debate has evolved into plans how to make best use of both”.*

1.4.6. Los tratamientos con metadona en Europa y en España

El tratamiento de mantenimiento con metadona comenzó en Europa a finales de la década de los 60, al introducirse en el mercado negro de esos países sustancias como el opio, la morfina y la heroína (EMCDDA, 2000, p. 12). Los primeros países en Europa que adoptan tratamientos con sustitutivos opiáceos para la adicción a la heroína son Suecia, en 1967, Países Bajos y Reino Unido, en 1968, y Dinamarca e Irlanda en 1970 (Solberg *et al.*, 2002). Sin embargo, no es hasta la década de los 80 cuando la expansión de la epidemia de VIH hace que se dé más importancia a esta intervención (EMCDDA, 2000, p. 12). Es en esta época en la que se habría dado el paso real de una filosofía de “desintoxicaciones a corto plazo” a una visión de “mantenimiento a largo plazo” (Maremmanni, 2006). En 1980 había 7 países europeos que ofrecían tratamiento de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, mientras que en 2005 este número había subido a 28 (Uchtenhagen, 2013).

Las principales razones que se planteaban para la introducción de estos tratamientos serían las siguientes, si bien en cada país el énfasis que se daba a cada una podía ser diferente: reducir las enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el VIH, mejorar la salud general de los drogodependientes, reducir la criminalidad asociada al consumo y complementar con nuevas opciones de tratamiento la atención tradicional que se estaba dando a estos problemas (Solberg *et al.*, 2002). Sólo en dos países europeos (Grecia e Irlanda) la metadona es la única medicación sustitutiva que se ofrece, si bien en la mayoría del resto de Europa el acceso a otras medicaciones sustitutivas como el LAAM o la buprenorfina está bastante restringido. La excepción sería Francia, donde la buprenorfina se aprobó en 1996, sólo un año después de que se aprobara la metadona, y ha pasado a ser la medicación sustitutiva más habitual por considerarse un fármaco más seguro y por un coste económico equivalente al de la metadona tras un acuerdo entre la empresa farmacéutica productora de buprenorfina y el gobierno francés (Gerevich, Szabó, Polgár y Bácskai, 2006).

La forma de implementar el tratamiento varía de manera importante entre países (Maremmanni, 2006): en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo y Reino Unido son los médicos de familia los encargados de administrar los

tratamientos con sustitutivos opiáceos. Este tratamiento se ofrece en centros especializados en Dinamarca, Francia¹⁵, Italia, Países Bajos, Portugal y España. También hay centros especializados, pero con un número muy pequeño de pacientes, en Finlandia, Grecia, Suecia y Noruega. Los países que han sido más reticentes a la introducción de estos tratamientos han sido los antiguos países socialistas de Europa del Este, donde en la actualidad continúa sin haber una mentalidad de “mantenimiento a largo plazo”; de hecho, en Rusia las terapias con sustitutivos opiáceos están totalmente prohibidas (Gerevich *et al.*, 2006; Maremmani, 2006).

Para Maremmani (2006), uno de los retos que presentan estos tratamientos en la actualidad es superar la dicotomía entre “reducción de daños” y “tratamiento específico”, que divide a los pacientes en dos categorías: aquellos de mayor deterioro y aquellos otros con los que los clínicos se plantean objetivos más ambiciosos; el problema de esta división sería que para cada perfil de paciente se utilizarían herramientas e instrumentos diferentes.

En el año 2000, el Centro Europeo de Seguimiento de Drogas y Adicción a las Drogas (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA) echaba en falta un mayor estudio del proceso de tratamiento en las intervenciones con sustitutivos, dado lo extendidas que estaban ya por Europa, no tanto para confirmar su eficacia, sino para identificar los factores asociados con un buen tratamiento. Entre estos factores podrían encontrarse la calidad de la gestión del servicio, la habilidad del personal y el nivel de trabajo multidisciplinar y la coordinación entre diferentes instituciones. El consenso aun así es que el mantenimiento con metadona es beneficioso, con capacidad para mejorar el bienestar social y psicológico y reducir la delincuencia y el contagio del VIH (EMCDDA, 2000, p. 42).

En España, los programas de mantenimiento con metadona llegaron a partir de los años 80, en un momento en que se estaba produciendo un cambio de paradigma en la atención a los dependientes de opiáceos: con anterioridad, la oferta de tratamientos era escasa y limitada, con programas orientados a la abstinencia total. El

¹⁵ En Francia existe la posibilidad de recibir tratamiento sustitutivo por parte del médico de familia y en un centro especializado; en el primer caso, el fármaco utilizado es la buprenorfina; en el segundo caso, se usa metadona.

fracaso de esta estrategia fue dando lugar a otra en que se contemplaba la atención socio-sanitaria al drogodependiente sin que necesariamente la abstinencia a la sustancia problema fuera un objetivo o un requisito (Camprubí, 1987). Esta perspectiva, conocida como de *reducción de daños*, se caracteriza por buscar reducir la morbi-mortalidad, mejorar la Calidad de Vida del toxicómano, aunque siga dependiente, y evitar la difusión de enfermedades (San, 2005). Hasta cierto punto, se puede entender el comienzo de los tratamientos con metadona en España como parte de esta estrategia de reducción de daños, más que como una auténtica alternativa terapéutica (Meneses y Charro, 2000, p. 22; Torrens, Fonseca, Castillo y Domingo-Salvany, 2013).

Meneses y Charro (2000, pp. 21 – 30) describen cómo comenzaron a implantarse en España los tratamientos con metadona para la dependencia de opiáceos: antes de que existiera ninguna legislación al respecto, la asistencia psiquiátrica del sector privado recetaba metadona a dependientes de heroína por medio del llamado “carnet de extradosis”, instrumento pensado para poder recetar analgésicos opiáceos a pacientes oncológicos. Esto dio lugar a la venta de metadona en el mercado negro, situación que se pretendió resolver mediante la Orden Ministerial de 23 de mayo de 1983 por la que se regulan los tratamientos con metadona (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983). Esta ley confería a la Administración del Estado la potestad para regular la prescripción y dispensación de metadona, que entonces estaba considerada dentro de un programa terapéutico más amplio y con una finalidad de *deshabitación* del opiáceo (en este momento, no se habla de mantenimiento).

A raíz de esta ley, se habrían comenzado a crear, de manera desigual, los primeros programas en España (principalmente en Asturias y Cataluña), si bien la regulación no sirve para terminar con el problema del mercado ilegal (Meneses y Charro, 2000, p. 23). Por tanto, en 1985 se aprueba una nueva Orden Ministerial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985), la cual establece la creación de una Comisión Paritaria Administración Central – Administración Autonómica en cada Comunidad Autónoma; de esta manera, la custodia y disposición de la metadona seguiría a cargo de la Administración Central, mientras que la dispensación en centros

específicos, públicos o privados sin ánimo de lucro, dependería de la Administración autonómica.

Al amparo de esta ley, en agosto de 1986 se abre la primera Unidad de Prescripción de Metadona en Madrid, constituyéndose en el primer programa de tratamiento público y gratuito de la Comunidad de Madrid (Meneses y Charro, 2000, p. 25).

El siguiente paso legislativo tiene lugar en 1990, mediante el Real Decreto 75/1990 de 19 de enero (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990a)¹⁶, y la modificación del mismo ese mismo año (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990b), que sustituyen a la normativa anterior. Con esta nueva legislación se pretendía establecer una regulación más precisa, y se permitía la acreditación de servicios en Centros Penitenciarios. Este Real Decreto es nuevamente modificado en 1996 (Ministerio de la Presidencia, 1996) en dirección a una mayor flexibilización de los tratamientos, eliminando criterios anteriores para admisión de pacientes a tratamiento, así como los límites previos estipulados para la dosificación de la metadona, quedando ésta a criterio de los facultativos que administraran el tratamiento. Esta modificación tuvo como resultado el incremento de pacientes atendidos en los programas de metadona, pese a que esta se sigue entendiendo siempre en una pauta de deshabituación (Meneses y Charro, 2000, pp. 27 y 29). La ley de 1990, junto con las modificaciones posteriores mencionadas, continúa constituyendo el marco legal vigente en que se ampara la oferta de tratamientos con metadona para dependientes de opiáceos en nuestro país.

Además, en 1994 se sustituye el anterior “carnet de extradosis” por un nuevo modelo de receta de estupefacientes, el cual impide que un mismo paciente pueda estar recibiendo simultáneamente prescripciones de opiáceos por parte de médicos distintos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994).

A lo largo de todo este proceso, el número de pacientes dependientes de opiáceos en España que recibían tratamiento con metadona se incrementó desde 5.000 en 1995 hasta 63.030 en 1998 (Meneses y Charro, 2000, p. 30). Como señala San

¹⁶ La referencia a esta publicación que aparece en Meneses y Charro (2000), p. 26, es errónea.

(2005, p. 15), en nuestro país *“el uso de la metadona ha perdido la carga de conflictividad que aún le quedaba y se contempla como un instrumento terapéutico más”*, dando por finalizada *“una etapa en la que la polémica suscitada en torno al uso de la metadona había primado por encima de otras consideraciones sanitarias”*. Torrens *et al.* (2013) enumeran las siguientes “lecciones aprendidas” en España acerca del tratamiento con metadona: han sido los conceptos y prejuicios morales, más que la evidencia científica, los que más han influido en el tratamiento de la dependencia de opiáceos; para atender las demandas públicas, el mantenimiento con metadona debería integrarse en programas de reducción de daño, principalmente en prisiones y otras instituciones públicas; y son necesarios estudios longitudinales para detectar necesidades no satisfechas y evaluar el impacto y la adecuación de los programas ambulatorios de mantenimiento con metadona.

En el momento actual, no cabe duda del potencial de eficacia del tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos, si bien esta eficacia queda todavía supeditada a, por un lado, una adecuación correcta del tratamiento al paciente y sus circunstancias y, por otro, una oferta amplia de atención que no se limite a la mera prescripción del sustitutivo opiáceo sino que incluya intervención sobre aspectos médicos, psicológicos y sociales del paciente drogodependiente.

En congruencia con este espíritu, y ante la cronicidad que presentan muchos casos, se hace también necesario evaluar aspectos relativos a la Calidad de Vida de los pacientes. A este ámbito está dedicado el resto de esta revisión bibliográfica.

2. El estudio de la Calidad de Vida en pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona

2.1. Calidad de Vida: concepto, definición

De pocos conceptos en la investigación en Psicología Clínica, así como en las ciencias humanas en general, se puede decir que han despertado tanto interés y han generado tanta investigación como el de Calidad de Vida (CV). De acuerdo con Moons, Budts y De Geest (2006), la base de datos bibliográfica *Pubmed* arrojaba un total de 76.698 artículos publicados entre 1966 y 2005 que contaran con el término “Calidad de

Vida” como descriptor, bien en el título o bien en el resumen. Desde mediados de los años 60, el número de publicaciones sobre el tema ha crecido exponencialmente y no sólo en términos absolutos, sino también al calcular la proporción de trabajos sobre Calidad de Vida en comparación con el resto de trabajos recogidos en la base de datos.

De igual manera, pocos conceptos han resultado tan difíciles como objeto de estudio científico. Calman (1984) plantea dos dificultades principales para el estudio de la CV: por un lado, es problemático definir lo que se quiere decir con “Calidad de Vida”; por otro, incluso si consiguiera definirse, queda la dificultad de cuantificarla y poder así comparar a un individuo con otro.

Realizando una aproximación informal al asunto, el término “Calidad de Vida” remite invariablemente a las ideas generales de “bienestar” y “felicidad”, conceptos que resultan familiares de una manera intuitiva. El uso de estas definiciones basadas en el “sentido común” es criticado por Cobb (2000, p. 6), pues no dejan de aludir, de manera implícita, a alguna suerte de teoría personal acerca de lo que sería la CV (o el bienestar, o la felicidad...) para cada uno. Esta teoría implícita no llegaría a ser sometida a contraste, al darse por sentado que los valores de la propia subcultura serían universales. Por lo tanto, para estudiar la CV, sería preciso contar con una teoría explícita acerca de qué es “una buena vida”. Como ejemplo concreto de lo problemático que es usar términos informales sin una teoría de base podría aludirse aquí a la observación de Campbell (1976) de que los términos “felicidad” y “satisfacción” producen diferentes tendencias de respuesta en estudios de encuesta a la población general llevados a cabo en los años 60 en Estados Unidos: la felicidad referida era mayor entre personas más jóvenes y disminuía con la edad; la satisfacción general, por otro lado, era menor entre la gente joven y aumentaba con la edad. García-Riaño (1991) plantea que los términos “felicidad”, “salud”, “bienestar” y “satisfacción” estarían incluidos dentro del de Calidad de Vida, pero este último los trascendería y superaría a todos.

La dificultad radicaría, entonces, en encontrar una definición útil de cara a realizar investigación empírica y que, por tanto, deba ser válida y aplicable a todos y

cada uno de los seres humanos que “tienen vida” y capacidad para valorar la calidad de la misma.

Sin embargo, a pesar del indudable interés e investigación generados por el tema, más de 30 años después sigue sin haberse alcanzado un consenso relativo a su definición, de manera que la Calidad de Vida se queda en un concepto ambiguo, en una etiqueta genérica para describir un conjunto de variables físicas y psicosociales (Moons *et al.*, 2006).

Éste es un problema importante pues la definición que se utilice determinará la forma en que se evalúa la Calidad de Vida; al existir en la actualidad numerosas perspectivas, definiciones y modelos al respecto, igualmente diversas son las formas de evaluación (Noll, 2004). Por otro lado, y concretamente en el campo de la Calidad de Vida en la atención médica y sanitaria, Moons *et al.* (2006) señalan que los diferentes esfuerzos y propuestas por definir la Calidad de Vida no han tenido el impacto esperado en la forma en que ésta se evalúa o en cómo se llevan a cabo los estudios empíricos.

Las dificultades de definición y desarrollo de medidas adecuadas de la Calidad de Vida se encuentran presentes desde los primeros estudios en este ámbito (Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996). Por otro lado, García-Riaño (1991) señala acertadamente que, al haber aparecido el término “Calidad de Vida” tan sólo en el último tercio del siglo XX, una exposición de su historia de estudio sería necesariamente breve. Por otro lado, el interés por las ideas de “bienestar” y “felicidad”, próximas a la de “Calidad de Vida” sí es antiguo, remontándose incluso a las primeras civilizaciones. En este sentido, Sirgy *et al.* (2006) rastrean la preocupación por la felicidad hasta los trabajos de Platón y Aristóteles en la Grecia clásica (en el s. IV a. C.), quienes ya se preguntaban acerca de en qué consistía la buena vida y de qué manera se podía alcanzar.

Este interés por “la buena vida”, la “felicidad” y el “bienestar” se ha mantenido, con mayor o menor presencia, a lo largo de la historia de la humanidad (García-Riaño, 1991; Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996). Sin embargo es en el próspero

contexto económico de Estados Unidos en los años 60 en que el término “Calidad de Vida” aparece y se populariza¹⁷.

Así, tras un crecimiento económico ininterrumpido desde finales de la Segunda Guerra Mundial, en los años 60 en Estados Unidos tiene lugar un cambio de valores: la creciente conciencia acerca de los costes sociales del crecimiento económico lleva a cuestionar la idea de que el fin último de una sociedad avanzada deba ser la acumulación de riqueza (Noll, 2004). Campbell (1976) señala que en el tercer cuarto del siglo XX, el incremento de la riqueza en Estados Unidos había ido acompañado de un incremento de la incidencia de la delincuencia y de diversas formas de violencia pública, consumo de drogas, familias rotas y un descenso de la confianza pública en los cargos electos. En la misma línea, Land (1983) apunta las limitaciones de los indicadores económicos como medida del bienestar general:

- Medidas como el Producto Interior Bruto no pueden equipararse con la satisfacción psicológica, la felicidad o la realización vital.
- Las valoraciones mercantiles de bienes y servicios (sus precios) no se relacionan necesariamente con sus contribuciones al bienestar social.
- No se tiene en cuenta el impacto de actividades no mercantiles y de actividades mercantiles sobre el bienestar general.
- Consideraciones relativas a la distribución de la riqueza tienden a quedar oscurecidas por el uso de valores medios del Producto Interior Bruto.
- Indicadores del Producto Interior Bruto asumen la existencia de un sistema de reglas sociales, que incorpora valores, normas y estructuras que gobiernan el comportamiento humano, pero no miden esto, ni miden la interdependencia entre cambios en el sistema y la economía.

En esta sociedad postindustrial el concepto de “Calidad de Vida” surge como alternativa a la búsqueda de prosperidad material. Cobra fuerza el programa político

¹⁷ En aras del rigor histórico, se hace preciso señalar aquí el empleo pionero del término “Calidad de Vida” por parte del psiquiatra Sidney Bisgrove (1931); este médico plantea extender el ámbito de actuación de la medicina preventiva más allá de la mera salud física; al mismo nivel de importancia que esta sitúa dimensiones como la capacidad de adaptarse a situaciones difíciles y la capacidad de ser autónomo; sin embargo, este uso temprano del término no acabó teniendo repercusión ni difusión en el momento de su publicación.

de la “Gran Sociedad”, dirigida a la erradicación de la pobreza y las injusticias raciales, y promovida por el presidente Lyndon B. Johnson, quien en 1964 plantea en un discurso lo siguiente: *“La gran sociedad no está preocupada por el cuánto, sino por el cómo de bueno – no con la cantidad de bienes sino con la calidad de sus vidas”*¹⁸ (Noll, 2004; ver también McCall, 1975).

Al hilo de este cambio de valores sociales, se desarrolla el interés por identificar y recoger variables objetivas que puedan ser utilizadas como indicadores de la Calidad de Vida y permitan de alguna manera monitorizar el cambio social así como que sirvan de base para la adopción de diferentes políticas. Noll (2004) atribuye a Raymond Bauer, director de un programa de la NASA dirigido a determinar el impacto del programa espacial sobre la sociedad estadounidense, la invención del término “indicador social”, definido por el mismo Bauer en 1966 como *“estadísticos, series estadísticas y cualquier otra forma de evidencia que nos permita evaluar dónde estamos y hacia dónde vamos en relación a nuestros valores y metas”*¹⁹.

En este momento, por tanto, la Calidad de Vida se entendía sobre todo como bienestar objetivo y social (Fernández-Mayoralas Fernández y Rojo Pérez, 2005). Los indicadores que se recogen no se limitan a variables económicas, sino que incluyen áreas de la vida pública tales como educación, salud, empleo, criminalidad, participación política y crecimiento y movimiento demográficos, es decir, datos más amplios que la mera renta per cápita o el Producto Interior Bruto de un país (Campbell, 1976). Esta información permitiría establecer la Calidad de Vida de una población en un momento dado y la incidencia en ella de programas sociales y políticos, o bien efectuar comparaciones entre diferentes estratos de una misma población (Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996).

El llamado movimiento de indicadores sociales de la Calidad de Vida fue también objeto de críticas. Bunge (1975) critica el proceder de recoger datos “a ciegas”, sin un modelo teórico de bienestar suficientemente definido que guíe esta recogida. Entiende que sin un modelo así, no hay garantía de que se esté recogiendo

¹⁸ *“The great society is concerned not with how much, but with how good - not with the quantity of goods but with the quality of their lives”.*

¹⁹ *“Statistics, statistical series, and all other forms of evidence that enable us to assess where we stand and are going with respect to our values and goals”.*

información relevante de aquello que se quiere medir. Campbell (1976) reconoce la importancia de recoger esos datos, pero cuestiona su validez como indicadores reales de la Calidad de Vida. Desde su perspectiva como psicólogo, entiende que la Calidad de Vida se refiere en última instancia a la experiencia que tiene una persona con su propia vida. Esto querría decir que estos indicadores recogen información relativa a condiciones que afectan a dicha experiencia, pero no evalúan esa experiencia directamente. Propone, por tanto, el desarrollo de medidas *subjetivas* de la Calidad de Vida, que no contarán con las ventajas de los datos objetivos pero que, sin embargo, abordarán directamente el concepto que se está buscando.

Como prueba de esto, Campbell (1976) señala que entre 1957 y 1972 la proporción de población que se describía a sí misma como “muy feliz” en Estados Unidos fue disminuyendo, sobre todo en el segmento de población más favorecido; durante este periodo, la mayoría de indicadores sociales y económicos apuntarían a un crecimiento hacia la riqueza y el bienestar.

Así pues, se plantean dos formas distintas de evaluar la Calidad de Vida: indicadores sociales y apreciaciones subjetivas; ambos enfoques, por otro lado, no tienen necesariamente por qué ser contrapuestos, sino que se complementan mutuamente. Además, ambos enfoques requieren una metodología estricta y rigurosa (Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996).

En la segunda mitad de los años 70 se encuentra una importante producción científica en relación a la correcta operativización y medición de la Calidad de Vida. Muestra de este interés es la aparición en 1974 de la revista *Social Indicators Research*, que recogerá gran parte de la producción sobre este tema de esta época. Las principales cuestiones de investigación en esta época tienen que ver con la distinción entre diferentes dominios de la Calidad de Vida vs. un indicador global (Andrews y Withey, 1974; Campbell, Converse y Rodgers, 1976), el debate entre la recogida de datos objetivos vs. percepciones subjetivas (Bunge, 1975; Campbell, 1976, Gehrmann, 1978; Kennedy, Northcott y Kinzel, 1978), posibles dimensiones relevantes que están quedando descuidadas (como la espiritualidad, Moberg y Bruseck, 1975) o mediante

qué procesos la situación vital influye en el sentimiento de bienestar (Shin y Johnson, 1978).

En general, la escuela de pensamiento al respecto desarrollada en Estados Unidos ponía más énfasis en los determinantes subjetivos de la Calidad de Vida, mientras que en Europa, y más en concreto la llamada escuela escandinava, se daba más importancia a los recursos y condiciones objetivas de la situación vital y se criticaba la visión estadounidense centrada en las percepciones subjetivas (Noll, 2004).

No ha podido llegarse a un acuerdo en esta dicotomía objetivo/subjetivo: Noll (2004) señala que el consenso en la actualidad es que es importante usar ambos tipos de indicadores, y en la misma línea Moreno Jiménez y Ximénez Gómez (1996) plantean que la Calidad de Vida aparecería precisamente como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, incapaz de ser evaluada a partir de sólo una de ellas. Pero, por otro lado, Moons *et al.* (2006) indican que, aunque la investigación está dominada por conceptualizaciones de la Calidad de Vida que incluyen dimensiones objetivas y subjetivas, estaría creciendo la idea de que la Calidad de Vida es una experiencia puramente subjetiva.

Parte del desacuerdo puede provenir del hecho de que la Calidad de Vida es un objeto de estudio del que se ocupan diferentes disciplinas: Moreno Jiménez y Ximénez Gómez (1996) mencionan la Medicina, la Economía, la Sociología, las Ciencias Políticas y la Psicología. Sirgy *et al.* (2006) plantean que el estudio de la Calidad de Vida puede abordarse desde perspectivas filosófica, sociológica, económica, psicológica, de cuidado de salud e incluso marketing y dirección de empresas. La adopción de una perspectiva concreta determinará, inevitablemente, la comprensión que se tenga del término “Calidad de Vida” y, por tanto, las variables consideradas relevantes a la hora de evaluarla e intervenir sobre ella.

La Psicología, en concreto, se centraría de manera importante en los aspectos subjetivos de la experiencia de la Calidad de Vida (Campbell, 1976; Sirgy *et al.*, 2006). Desde este punto de vista, García-Riaño (1991, p. 71) propone las siguientes características del concepto:

1. La Calidad de Vida es una dimensión bipolar (positiva vs. negativa) que posibilita, a lo largo del continuo, situar a los diversos niveles o grados alcanzados por el individuo a través de la vida.
2. Es una dimensión subjetiva, en tanto en cuanto es el individuo mismo y no otros quien puede estimar su propia vida en un momento determinado.
3. Es cambiante a lo largo de la vida.
4. Es plural en cuanto que cada individuo tiene un particular punto de vista en función de sus logros, preferencias y necesidades.
5. Es en gran medida relativa a los niveles logrados en el pasado y la estimación que el individuo hace del nivel de Calidad de Vida de los individuos de su comunidad (también evaluación subjetiva).
6. Presenta la imposibilidad de evaluación directa, al igual que cualquier dimensión psicológica, y la dificultad de evaluaciones objetivas orientadas tanto al individuo como a la sociedad, aun utilizando técnicas objetivas, como inventarios y cuestionarios (...).
7. Se hace necesario establecer y delimitar, de la forma más completa, el campo de la Calidad de Vida, que, si desde el punto de vista (...) teórico es “la vida completa” (...), desde los enfoques prácticos y de investigación debemos excluir múltiples facetas o aspectos, dado su escaso peso y consideración en los índices resultantes de la evaluación.

Un campo en el que la Calidad de Vida ha tenido especial relevancia ha sido el de la salud y la enfermedad (Anderson y Burckhardt, 1999; Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996). Moons *et al.* (2006) consideran que habría dos motivos principales para el elevado interés por la Calidad de Vida en la atención sanitaria.

1. Por un lado, la existencia de mejores tratamientos médicos ha tenido como consecuencia un incremento de la esperanza de vida; de esta manera, enfermedades que antes eran terminales ahora pasan a ser crónicas.
2. Por otro lado, al aumentar las opciones de tratamiento se hace cada vez más pertinente un minucioso estudio de costes/beneficios sobre tratamientos equivalentes. En dicho estudio es fundamental tener en cuenta la Calidad de Vida del paciente.

No hay que olvidar, además, la definición de salud que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya desde su constitución en 1946: *“La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de enfermedad”*²⁰ (OMS, 2009, p. 1). Esta definición entiende la salud en términos positivos y obliga, por tanto, a abandonar una perspectiva exclusivamente médica y a adoptar un marco multidisciplinar, como sería el modelo biopsicosocial (Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996).

Como señalaban Moons *et al.* (2006), la existencia de condiciones crónicas de enfermedad, en las que una cura completa es poco probable, obliga a atender la Calidad de Vida incluso si la salud está deteriorada (Anderson y Burckhardt, 1999, Coons *et al.*, 1993). Aparece de esta manera el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS, *Health-Related Quality of Life* en inglés) (Kaplan y Bush, 1982; Lawton, 1999).

Este aspecto se ha identificado en gran medida con las habilidades funcionales del paciente en la enfermedad, y las medidas desarrolladas se han centrado principalmente en dos aspectos: las actividades de autocuidado (comer, beber, bañarse y vestirse) y la capacidad de movimiento y desplazamiento de la persona. Esto no dejaría de ser una evaluación incompleta, pues sería fundamental recoger igualmente las reacciones de las personas ante su disfunción/enfermedad. Dichas reacciones podrían ir desde la desesperación y abandono hasta la integración y la aceptación positiva del hecho (Moreno Jiménez y Ximénez Gómez, 1996). El paso de un modelo biomédico tradicional, centrado en la patología de la enfermedad y en su tratamiento, a un modelo centrado en la Calidad de Vida y en la esperanza de vida daría lugar a diferentes procesos de toma de decisiones respecto a las intervenciones (Kaplan, 2003): no siempre la detección y abordaje de una patología van a redundar en una mejora del funcionamiento, esperanza de vida o Calidad de Vida del paciente, por lo que se hace preciso tener estos aspectos en consideración a la hora de tomar decisiones clínicas. Laudet (2011) señala las siguientes razones por las que la Calidad de Vida es relevante en la asistencia sanitaria: (1) aporta una perspectiva

²⁰ *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.*

complementaria a la de los clínicos; (2) implica al paciente como un colaborador activo de su propio proceso de cuidado, y no como un mero sujeto pasivo; y (3) su incorporación como variable resultado supone un avance sobre el paradigma biomédico más tradicional que se limitaba a evaluar intervenciones basándose únicamente en resultados específicos de cada enfermedad.

Restringir el concepto de la Calidad de Vida a su aplicación al campo de la Medicina y del cuidado de la salud no hace que haya más acuerdo en relación a su definición. Moons *et al.* (2006) enumeran hasta ocho concepciones diferentes encontradas en la literatura biomédica y de enfermería:

1. Vida normal: La CV se entendería como un concepto amplio centrado principalmente en hasta qué punto la enfermedad o discapacidad limitan la capacidad de una persona para desarrollar un papel normal. Se compara así el funcionamiento del paciente con aquel de una persona sana de su mismo grupo de edad.
2. Utilidad social: se define la CV como la capacidad de llevar una vida socialmente útil, entendiendo esto como poder hacer contribuciones a la sociedad mediante el trabajo u ocupando roles valorados socialmente (profesor, voluntario, padre/madre...).
3. Utilidad: se refiere estimaciones cuantitativas de la preferencia por estados particulares de salud, obtenidas en muestras representativas de la población general. Esta concepción se usa en análisis de costes en la atención sanitaria.
4. Felicidad/afecto: se centra en el estado emocional del paciente en el momento de la evaluación. Puede fluctuar de manera significativa en el tiempo, incluso de un día para otro.
5. Satisfacción con la vida: grado en que una persona evalúa positivamente la calidad general de su vida. La Calidad de Vida entendida de esta manera depende en gran medida de la capacidad del paciente para llevar una vida que satisfaga sus necesidades personales.
6. Satisfacción con dominios específicos: se refiere a la satisfacción que se experimenta con diversos dominios de la vida, como amor, matrimonio, amistad, ocio, empleo...

7. Logro de metas personales: discrepancia entre el estado actual de un individuo y lo que quiere o desea. Desde esta perspectiva, los conceptos de realización personal y satisfacción al compararse con otros son esenciales para entender la Calidad de Vida.

8. Capacidad natural: se refiere a la presencia de capacidades innatas físicas y mentales tanto actuales como en potencia; esta es la conceptualización de la Calidad de Vida que se usa en debates éticos acerca de casos en los que la condición de un paciente o de un niño aún no nacido plantea la duda de poner fin a su vida.

Tras analizar las diferentes conceptualizaciones según las críticas que había planteado Kinney (1995), Moons *et al.* (2006) se inclinan por la satisfacción con la vida (la quinta de las definiciones propuestas) como el abordaje más adecuado para definir la Calidad de Vida.

No sólo estos autores se decantan por concepciones de la Calidad de Vida en la que el peso de los factores subjetivos es elevado. Dentro del campo de la salud y la enfermedad, parece que predominan este tipo de modelos (Carr y Higginson, 2001; Meeberg, 1993). Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater y Gregory (1988) muestran que los médicos no son capaces de estimar de manera precisa la Calidad de Vida de los pacientes tal y como éstos la experimentan; Addington-Hall y Kalra (2001) plantean que en aquellos casos en que haya una discrepancia entre la valoración de la Calidad de Vida realizada por un paciente y el profesional sanitario que le atiende, el criterio del paciente debería prevalecer. Moons *et al.* (2006) ponen el ejemplo de una persona aficionada a la pesca que queda parapléjica: aunque objetivamente su movilidad queda reducida, podría seguir disfrutando de una buena Calidad de Vida si sigue teniendo la posibilidad de practicar su afición, aunque fuera desde una silla de ruedas. Esto último sería un ejemplo de la “paradoja de la discapacidad” (Albrecht y Deviegler, 1999).

A partir de los años 90 comienza a hablarse de la relevancia de atender y tener en cuenta la CV en el caso de pacientes psiquiátricos crónicos (González, Bousoño, González-Quirós, Pérez de Albéniz y Bobes, 1993) considerando la evaluación de la

misma, más que un lujo, una necesidad por las ventajas que aporta en cuestiones de descripción de los perfiles de salud, cribado (cuanto mejor y más precozmente se conozca la Calidad de Vida de los pacientes, más pronto se podrá intervenir), toma de decisiones clínicas, comparación entre distintas opciones terapéuticas y un mejor conocimiento del impacto subjetivo de los fármacos (Bobes, 1995).

Esta comprensión de la Calidad de Vida como una dimensión relevante en el tratamiento de las condiciones crónicas, hace asimismo relevante su estudio en el campo de la atención a personas drogodependientes.

2.2. Calidad de Vida en drogodependientes

2.2.1. Relevancia de la evaluación de la Calidad de Vida en las intervenciones con drogodependientes

Las evaluaciones de los tratamientos en drogodependencias se han centrado tradicionalmente en recoger variables “duras”, es decir, consumo de drogas, morbi-mortalidad, criminalidad, empleo, etc. (Fernández Miranda, 2003). Son éstos resultados “socialmente deseables”, pero que no tienen en cuenta la perspectiva del propio paciente (de Maeyer, Vanderplasschen y Broekaert, 2010).

Sin embargo, las personas drogodependientes no buscan ayuda para dejar de consumir una sustancia como un fin en sí mismo, sino para escapar de las consecuencias negativas del consumo y acceder a una mejor vida. Así pues, la finalidad última de los tratamientos para el consumo de sustancias es una mejora de la Calidad de Vida del paciente, más allá de que puedan además favorecer la abstinencia o, al menos, producir notables disminuciones en el consumo (Laudet, 2011).

Visto, además, el curso crónico de muchos individuos drogodependientes y la alta probabilidad de recaída (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000; Saitz, Larson, Labelle, Richardson y Samet, 2008), la consecución de la abstinencia no debería ser el único objetivo que plantear en los programas de atención a drogodependientes. Buscar una mejoría de su CV, incluso si no se alcanza la abstinencia, puede ser un objetivo igualmente legítimo.

Así pues, la relevancia de la CV en el campo de las adicciones viene marcada, por un lado, por la comprensión de la drogodependencia como una condición crónica, con el consiguiente cambio de perspectiva desde “curar” a “cuidar”, y, por otro, por la pretensión de incluir en las intervenciones la perspectiva de los propios pacientes (de Maeyer *et al.*, 2010). El interés por investigar la CV en esta población surge además del descontento con el modelo médico que entiende la dependencia como una enfermedad, descuidando otras variables relevantes (Rudolf y Watts, 2002).

Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin y Jackson (2012) señalan asimismo la importancia de poder contar con otros indicadores de mejoría de los tratamientos más allá del nivel de consumo, y hacen hincapié en la CV como constructo que debiera ser incorporado sistemáticamente en la investigación sobre intervenciones en este campo. La falta de consenso acerca de qué variables incorporar o de qué manera evaluarlas habría sido un obstáculo a la hora de definir un conjunto “nuclear” de medidas que se utilizaran de manera sistemática en diferentes estudios, lo que inevitablemente dificulta establecer comparaciones y sacar conclusiones.

La utilidad del concepto de Calidad de Vida, y también de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en el campo de la intervención con drogodependientes radica en que permite (Domingo-Salvany, 2009): a) evaluar el impacto del consumo de drogas sobre la Calidad de Vida de un sujeto; b) comparar el grado de deterioro en relación con la población general o con otras condiciones crónicas; c) evaluar cambios después de administrar tratamiento; y d) comparar subgrupos de consumidores de drogas.

En una línea similar, Laudet (2011) resume la relevancia de la CV en drogodependencias en los siguientes puntos: el consumo activo afecta de manera importante a casi todas las áreas del funcionamiento de la vida de una persona: vocacional, social/familiar, salud física y mental, estado residencial y acceso a servicios; la consecución y mantenimiento de la abstinencia no necesariamente se relaciona con un buen funcionamiento del paciente, por lo que además de intervenciones centradas en la abstinencia, es necesario proporcionar intervenciones dirigidas a que el paciente “pueda tener una vida”. Fernández Miranda (2003) señala que las escalas de Calidad

de Vida complementan las medidas más objetivas de eficacia de la intervención, ya que permiten plantear objetivos del tratamiento consensuados con el paciente. Iraurgi (2000) añade además la utilidad de la CV como un indicador para hacer estudios de coste/beneficio de las intervenciones.

Por lo tanto, la CV y la CVRS serían variables resultado relevantes además de las medidas clásicas de efectividad de estos tratamientos: reducción del consumo ilícito de opiáceos, mortalidad, delincuencia y conductas de riesgo (Fernández Miranda, 2003; Torrens, 2008).

Especialmente en Estados Unidos, la CV y la CVRS llegan al campo de las adicciones un poco después que a otras áreas biomédicas y de la salud mental (Laudet, 2011); a pesar de que se reconocía su relevancia en intervenciones sobre condiciones médicas, en el área de las drogodependencias estas variables no empiezan a cobrar importancia hasta los años 90 (de Maeyer *et al.*, 2010).

2.2.2. *¿Calidad de Vida o Calidad de Vida Relacionada con la Salud?*

En la literatura sobre Calidad de Vida en drogodependencias existen dos conceptualizaciones diferentes acerca de la Calidad de Vida. Una es la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), y otra es Calidad de Vida (CV), entendida esta última como un concepto más general que el anterior (Laudet, 2011):

- La CVRS se refiere a la percepción del paciente acerca de cómo su estado de salud afecta a su bienestar y a su funcionamiento físico, psicológico y social. Se ha evaluado habitualmente con instrumentos como el SF-12 y el SF-36 (de Maeyer *et al.*, 2010; Vilagut *et al.* 2005) y, al centrarse en limitaciones debidas a la enfermedad, no deja de mantenerse dentro de la visión de la atención al paciente centrada en la patología, siendo la reducción de síntomas el foco de los tratamientos.
- La CV general abarca la satisfacción del paciente con su vida en términos amplios, y no sólo en relación a las limitaciones funcionales relacionadas con la enfermedad. Se ajusta más a la definición planteada por la OMS de que la CV es la “*percepción de un individuo acerca de su posición en la vida en el contexto de*

la cultura y sistemas de valores en los que vive, y se relaciona con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQOL, 1997, p. 1). El foco de las intervenciones sería maximizar el funcionamiento general y la satisfacción con la vida.

Una de las principales dificultades para poder conciliar y comparar los diferentes trabajos empíricos en este campo radica precisamente en que los diferentes estudios se adscriben a una u otra concepción, en ocasiones sin explicitar qué visión están asumiendo, con la consecuente confusión (de Maeyer *et al.*, 2010).

En general, y como se verá en las siguientes páginas, si bien los primeros trabajos de evaluación de CV en drogodependientes estaban más cercanos a la idea de CVRS, a lo largo de la primera década del siglo XXI ha ido ganando peso el consenso de que ambos constructos, CV y CVRS, son diferentes (Rudolf y Watts, 2002). En unos valiosos trabajos de investigación cualitativa con metodología de grupos de discusión (de Maeyer, Vanderplasschen y Broekaert, 2009) y entrevistas en profundidad (de Maeyer, Vanderplasschen, Camfield, Vanheule, Sabbe y Broekaert, 2011) se concluyó que los pacientes drogodependientes tendían a entender su propia Calidad de Vida en términos de autodeterminación e integración social, y no tanto en relación a su salud. Torrens (2008) considera, por otro lado, que el constructo de CVRS resulta más útil que el de CV en el contexto de la intervención clínica.

Esta distinción entre ambas nociones, con el consiguiente debate, no se da únicamente en el campo de las drogodependencias: en el campo médico se advierte del riesgo de confundir la Calidad de Vida con el simple estado de salud, planteándose que desde esta confusión podrían estar utilizándose instrumentos inadecuados para la evaluación de la Calidad de Vida (Bradley, 2001, Smith, Avis y Assmann, 1999).

En el presente trabajo se usará la abreviatura CV(RS) cuando se esté refiriendo indistintamente a uno u otro término, y se reservarán las abreviaturas CV y CVRS cuando se esté haciendo referencia específicamente a cada uno de ellos.

2.2.3. La evaluación de la Calidad de Vida en drogodependientes

En la actualidad se cuenta con más de 200 instrumentos diferentes para la evaluación de la CV(RS) (Torrens, 2008), algunos de los cuales han sido ampliamente utilizados para este fin a pesar de no utilizar explícitamente el término “Calidad de Vida” (Fernández Miranda, 2003). El formato de la mayoría de estos instrumentos consiste en escalas de valoración tipo Likert en las que el usuario debe marcar el grado de satisfacción con distintos aspectos de su vida y su funcionamiento, o el grado en que su salud física/mental ha interferido con la realización de distintas actividades o funciones.

La ya comentada diferencia entre CV y CVRS tiene consecuencias en relación a la forma de evaluar esta variable. En su comprehensiva revisión, de Maeyer *et al.* (2010) identifican hasta 15 instrumentos diferentes utilizados en distintos estudios que difieren de manera importante en cómo entienden la variable principal de estudio. Los trabajos incluidos en la revisión evalúan tanto CV como CVRS, con un número ligeramente mayor de estudios que evalúan CVRS. Los instrumentos de medida pueden ser asimismo *genéricos* (no desarrollados en una población en concreto, y aplicables en múltiples poblaciones y patologías, lo cual facilita la comparación entre grupos) o *específicos* (centrados en una determinada población, enfermedad, función o problema).

La mayoría de los instrumentos utilizados en la investigación con drogodependientes son genéricos (de Maeyer *et al.*, 2010). Vanagas, Padaiga y Subata (2004) mencionan 16 instrumentos que podrían ser útiles para evaluar CV en drogodependientes; varios de estos instrumentos, por otro lado, no evalúan específicamente CV, sino alguna otra dimensión relacionada. Ninguno de estos instrumentos se ha desarrollado específicamente para la evaluación de CV en drogodependientes. Torrens (2008) cita entre los instrumentos genéricos más utilizados en esta población el Perfil de Salud de Nottingham (Hunt, McKenna, McEwen, Williams y Papp, 1981), el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), el SF-12 (Ware, Kosinski y Keller, 1996), el EuroQoL (EuroQol Group, 1990) y el Índice de bienestar de la OMS – 5 (WHO – Five – *Well-Being Index*, Bech, Olsen, Kjoller y Rasmussen, 2003). El

Perfil de Calidad de Vida de Lancashire (*Lancashire Quality of Life Profile*, Oliver, Huxley, Priebe y Kaiser, 1997) es específico para personas con problemas de salud mental, y se ha utilizado en varios estudios con población drogodependiente (Giacomuzzi *et al.*, 2003, Winklbaaur, Jagsch, Ebner, Thau y Fischer, 2008; de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert., 2011).

Hasta 2003 no se ha contado con un instrumento específico de CV en drogodependientes: la Escala de Calidad de Vida en Usuarios de Drogas Inyectadas (*Injection Drug User Quality of Life scale* – IDUQOL, Brogly, Mercier, Bruneau, Palepu y Franco, 2003).

Sin centrarse explícitamente en CV, Nosyk *et al.* (2010) comparan las propiedades psicométricas de 8 instrumentos de valoración de estado de salud aplicados a 251 pacientes heroinómanos: las puntuaciones compuestas de las áreas médica y psiquiátrica del Índice de Severidad de la Adicción (*Addiction Severity Index* – ASI, McLellan *et al.*, 1992), las puntuaciones de salud física y mental del Perfil de Adicción de Maudsley (*Maudsley Addiction Profile* – MAP – Marsden *et al.*, 1998), el Esquema de Evaluación de la Minusvalía de la Organización Mundial de la Salud II (*World Health Organization Disability Assessment Schedule-II* – WHODAS II, World Health Organization, 2001), el EQ-5D y la escala visual analógica del grupo EuroQoL (EuroQol Group, 1990) y el SF-6D (Brazier, Roberts y Deverill, 2002). Si bien ninguno presenta ventajas sobre el resto en todas las dimensiones que se evalúan (validez de contenido, efectos suelo/techo, consistencia interna, validez de constructo y sensibilidad al cambio), finalmente los autores se decantan más por el EQ-5D como el más adecuado.

Una última distinción importante en la evaluación de la Calidad de Vida, es que esta evaluación puede llevarse a cabo desde un abordaje “global” (una única dimensión que evalúa satisfacción general con la vida) o “por dominios” (proporcionando valores diferentes para distintas dimensiones en un mismo momento) (de Maeyer *et al.*, 2010).

En español, además de la adaptación y validación del IDUQOL a población española (Iraurgi, 2008; Morales-Manrique, Valderrama-Zurián, Castellano-Gómez,

Aleixandre-Benavent, Palepu y Cocaine Group C.V, 2007), se cuenta con el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP; Lozano, Rojas, Pérez, Apraiz, Sánchez y Marín, 2007) y el CAD-4 (Pedrero Pérez, Olivar Arroyo y Chicharro Romero, 2008), íntegramente desarrollados en España.

2.2.4. El desarrollo de la investigación empírica en Calidad de Vida en pacientes heroínómanos en tratamiento con metadona

Existe ya un cuerpo estimable de investigación empírica acerca de la CV(RS) de personas drogodependientes, hasta el punto de que se cuenta en la actualidad con hasta cuatro revisiones bibliográficas sobre el tema (de Maeyer *et al.*, 2010; González-Saiz, Lozano Rojas e Iraurgi Castillo, 2009; Laudet, 2011; Rudolf y Watts, 2002). No se encuentran, sin embargo, trabajos de meta-análisis debido a que los distintos estudios difieren de manera importante en cómo entienden la CV, los instrumentos que utilizan y los tamaños muestrales (de Maeyer *et al.*, 2010). Como se verá en la exposición a continuación, también existen diferencias en los trabajos en relación a objetivos, diseños experimentales y las sub-poblaciones diana.

La mayoría de los estudios sobre CV en drogodependencias se han centrado de manera importante en pacientes con patología dual (aquellos en que concurren un trastorno de dependencia de sustancias con otro diagnóstico psiquiátrico) y/o dependientes de opiáceos (Laudet, 2011). Hasta los años 90, la atención que recibió este campo fue más bien limitada, contrastando con el desarrollo del estudio de la CV en otras condiciones médicas y psiquiátricas crónicas. A partir del año 2000, el interés en el campo ha aumentado de manera considerable, en concordancia con el reconocimiento de que la drogodependencia es un cuadro crónico y recidivante con consecuencias negativas en varios dominios vitales (de Maeyer *et al.*, 2010).

Siguiendo un criterio más bien convencional, relativo a la frecuencia de aparición de publicaciones y la localización geográfica de los distintos trabajos, se ha dividido la exposición en tres etapas cronológicas.

2.2.4.1. Los primeros estudios (1988 – 2000)

Los primeros trabajos empíricos en este campo surgen a finales de los años 80 y a lo largo de los años 90 en diferentes países (la mayoría de ellos, en Europa). El pequeño número total de estudios en esta década y la dispersión geográfica de los diferentes equipos hacen pensar que en esta etapa el interés por la CV de individuos drogodependientes es todavía reducido; los trabajos más relevantes e influyentes de este periodo, por la frecuencia con que son citados en la literatura posterior, son probablemente los de Reno y Aiken (1993) en Estados Unidos y Ryan y White (1996) en Australia. Otros estudios empíricos relevantes en este época son los de Walger, Baumgart, Wilke, Kupfer, von Eiff y Dorst (1989) en Alemania Occidental; Eklund, Melin, Hiltunen y Borg (1994) en Suecia y Dazord, Mino, Page y Broers (1998) en Suiza.

España es un país especialmente activo en este periodo, en el que tres equipos diferentes publican sobre el tema: Fernández Miranda, González García-Portilla, Sáiz Martínez, Gutiérrez Cienfuegos y Bobes García (1999), Iraurgi, Casas, Celorio y Díaz-Sanz (1999) y Torrens, San, Martínez, Castillo, Domingo-Salvany y Alonso, 1997).

Los trabajos de este periodo, por otro lado, resultan muy diferentes en varios aspectos:

- En la forma de conceptualizar y evaluar la CV: por ejemplo, el SF-36 es utilizado por Ryan y White (1996) y por Fernández Miranda *et al.* (1999), mientras que Torrens *et al.* (1997) utilizan el Perfil de Salud de Nottingham (*Nottingham Health Profile*, NHP, Hunt, McEwen y McKenna, 1986, en adaptación de Alonso, Anto y Moreno, 1990), y tanto Reno y Aiken (1993) como Eklund *et al.* (1994) desarrollan ellos mismos sus propios instrumentos. En los trabajos de esta época, los instrumentos estandarizados que se utilizan son instrumentos *genéricos* de CV(RS), al no existir todavía instrumentos específicos de evaluación de CV(RS) en drogodependientes (Torrens, 2008).
- En el perfil de paciente drogodependiente que forma parte de la muestra: por ejemplo, Walger *et al.* (1989) estudian exclusivamente a pacientes VIH-positivo, Eklund *et al.* (1994) se interesan principalmente por los pacientes que están en proceso de desintoxicación de la metadona, Ryan y White (1996) evalúan a

pacientes heroínómanos antes de que comiencen a tomar el agonista opiáceo y Torrens *et al.* (1997) recogen su muestra en un programa “de bajo umbral” (es decir, no necesariamente orientado a la abstinencia y sin una intervención adicional específica más allá de la oferta de servicios sociales y seguimiento general).

- En aspectos metodológicos como el diseño de investigación o las técnicas de análisis de datos: Eklund *et al.* (1994) y Ryan y White (1996) utilizan un diseño transversal y análisis de regresión, mientras que Torrens *et al.* (1997) y Dazord *et al.* (1998) usan diseños longitudinales y técnicas de Análisis de Varianza; Reno y Aiken (1993), por su lado, recurren a una sofisticada metodología de Modelo de Ecuaciones Estructurales para el análisis de datos recogidos en un diseño longitudinal.

En cuanto a los resultados, en general los distintos estudios confirman que la CV(RS) de los pacientes heroínómanos es más baja que la de población general o incluso población con otras patologías, y que se produce una mejoría en los primeros meses de instaurarse el tratamiento con sustitutivo opiáceo (Rudolf y Watts, 2002).

La mayoría de los trabajos realizados en los años 70 y 80 sobre la eficacia del tratamiento (estudios DARP, TOPS, DATOS y otros trabajos revisados en el apartado anterior) evaluaban variables consideradas “de largo alcance” (abstinencia, ocupación laboral, historial delictivo), en las que sólo se observan cambios pasado un tiempo desde el inicio de la intervención; Reno y Aiken (1993), por su parte, se interesan por cambios en variables relativas a la actividad cotidiana de los pacientes. A lo largo de 8 meses, y utilizando tres momentos de medida (al inicio del tratamiento con metadona, y a los 2 y a los 8 meses) entrevistaron a 219 pacientes acerca de la realización de distintas actividades cotidianas (por ejemplo: “*en los dos últimos meses, ¿con qué frecuencia has practicado algún deporte/has realizado las tareas domésticas/has desayunado por las mañanas?*”). Los resultados mostraron que en el segundo momento de medida (2 meses), los pacientes presentaban marcadas mejorías en su implicación en actividades domésticas y de ocio, y en la percepción de su salud, con una mejoría más modesta en la percepción de su CV (entendida aquí como satisfacción con su casa, sus amigos...) y un descenso importante en su implicación en actividades

delictivas y en interacciones sociales negativas (juegos de azar, emborracharse). En el tercer momento de medida (8 meses), sin embargo, estos cambios parecían haberse estabilizado, hasta el punto de que no se encontraban grandes diferencias entre los pacientes que por entonces continuaban en tratamiento (n=97) y aquellos que lo habían abandonado (y a los que se había podido localizar para el seguimiento). De hecho, en este tercer momento de medida se encontró un efecto contrario al esperado, pues aquellos pacientes que habían abandonado mostraban una mayor implicación en tareas domésticas, mientras que aquellos que continuaban en tratamiento presentaban mayor frecuencia de interacciones sociales negativas. Este trabajo sugeriría que la mayoría de cambios de estilo de vida a consecuencia de iniciar el tratamiento con metadona tienen lugar en los dos primeros meses tras el inicio, momento a partir del cual las mejorías, de haberlas, tendrían una progresión más lenta.

Ryan y White (1996) constataron que las puntuaciones en el SF-36 de 100 pacientes heroínómanos antes de iniciar el tratamiento con metadona eran inferiores a las de población general en todas las escalas; en comparación con enfermos crónicos (enfermedades cardíacas), los drogodependientes mostraban también peores puntuaciones en las escalas “Salud mental”, “Limitaciones de rol por cuestiones emocionales” y “Funcionamiento social”; sus puntuaciones eran equiparables a las de pacientes psiquiátricos (depresión, distimia), salvo por peores puntuaciones que estos en las escalas de “Salud general” y de “Funcionamiento social”. White, Ryan y Ali (1996) refieren una mejoría significativa en cinco de ocho escalas (“Funcionamiento físico”, “Funcionamiento social”, “Limitaciones de rol por cuestiones físicas”, “Limitaciones de rol por cuestiones emocionales” y “Salud mental”) en 52 de estos pacientes a los 6 y 12 meses de iniciado el tratamiento, teniendo lugar la mayor parte de estas mejorías en los primeros 6 meses.

Un resultado similar obtuvieron Torrens *et al.* (1997) en España, quienes evaluaron a lo largo de un año a 135 pacientes heroínómanos en tratamiento con metadona. Al finalizar el año, los 82 pacientes que seguían en tratamiento habían mejorado sus puntuaciones de CVRS, teniendo lugar los cambios más marcados en el primer mes tras el inicio del tratamiento, momento a partir del cual se producía una

estabilización. Variables consideradas “más duras” en otros estudios mejoraron al tercer mes (descenso de consumo de drogas ilegales) y al duodécimo mes (mejora en situación de alojamiento y empleo en aquellos pacientes inicialmente más desfavorecidos). La puntuación final en el NHP a los 12 meses era más desfavorable cuanto mayor hubiera sido el consumo de heroína al inicio y mayor dosis de metadona estuviera prescrita. Al finalizar el tercer año, continuaban en tratamiento 47 pacientes de los 135 originales. Con estos datos, se diría que tras los primeros 12 meses de tratamiento los pacientes mantenían las mejorías alcanzadas en el NHP en el seguimiento al segundo y al tercer año, sin que se hubieran mejorado las puntuaciones más allá de lo ya conseguido (Torrens *et al.*, 1999).

Dazord *et al.* (1998) usaron un diseño similar al de Torrens *et al.* (1997), encontrando asimismo que las puntuaciones en CV eran inicialmente mediocres en los 135 pacientes que iniciaban tratamiento con metadona, pero mejoraron un año más tarde en los 53 pacientes que continuaban en tratamiento. Curiosamente, elevadas expectativas iniciales en las áreas de relaciones sociales y vida interior/espiritual predecían peores resultados en estas áreas al final del estudio.

Fernández Miranda *et al.* (1999) encontraron asimismo una mejoría en la CVRS de 49 pacientes que llevaban cuatro años en tratamiento con metadona, en relación a su situación al comienzo de la intervención. A los cuatro años de tratamiento, las puntuaciones en el SF-36 correlacionaban negativamente con las puntuaciones de gravedad en las diferentes escalas del EuropASI excepto en las escalas “Empleo/recursos” y “Situación legal”. En general, en la muestra estudiada, la comorbilidad psiquiátrica y somática (VIH+) y el abuso de otras sustancias (alcohol) eran las variables que predecían una peor CVRS. En cuanto a variables más “duras”, estos 49 pacientes habían experimentado una notable disminución en el consumo de heroína y, en menor medida, de cocaína, así como otras mejorías menos notorias en lo relativo al consumo de alcohol y benzodiacepinas no prescritas y una mayor inserción social.

En su revisión de estudios sobre Calidad de Vida en drogodependientes, Rudolf y Watts (2002) señalaban el interés de los tratamientos sustitutivos opiáceos para

ayudar a los pacientes a alcanzar un sentido de satisfacción personal, pues al inicio del tratamiento los pacientes mostraban peor CVRS que la población general, pero a lo largo del tratamiento mejoraba el estado ocupacional, la adherencia al tratamiento y la satisfacción con la vida, alcanzando niveles anteriores al consumo de heroína.

2.2.4.2. La expansión del interés durante la primera década del siglo XXI

A partir del año 2000 aumentó el interés en este área, al pasar a considerarse la drogodependencia como una condición crónica (de Maeyer *et al.*, 2010) lo que se refleja en un importante incremento en la producción científica relativa a este campo.

Los trabajos que se desarrollan durante la primera década del siglo XXI continúan en la línea de usar diseños transversales (Deering, Frampton, Horn, Sellman, Adamson y Potiki, 2004; Millson *et al.* 2006) y longitudinales (Maremmanni, Pani, Pacini y Peruglio, 2007) para evaluar el nivel de CV(RS) de individuos drogodependientes, ya sea en tratamiento sustitutivo o fuera de éste, e identificar las variables que influyen sobre dicha CV. Una parte importante de la producción científica se sigue dando en Europa: Irlanda (Rooney, Freyne, Kelly y O'Connor, 2002), Polonia (Habrát, Chmielewska, Baran-Furga, Keszycska y Taracha, 2002), República Eslovaca (Dunaj y Kovac, 2003); Austria (Giacomuzzi *et al.*, 2003; Winklbaaur *et al.*, 2008), España (Puigdollers *et al.* 2004), Italia (Maremmanni *et al.*, 2007), Lituania (Padaiga, Subata y Vanagas, 2007) y Noruega (Skeie, Brekke, Lindbaek y Waal, 2008). La producción en Estados Unidos, en comparación, es escasa (Batki, Canfield, Smyth y Ploutz-Snyder, 2009; Haug, Sorensen, Lollo, Gruber, Delucchi y Hall, 2005; Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom y Strain, 2005). Especial interés tiene hacia el final de este periodo la serie de trabajos realizados en la Universidad de Gante, Bélgica, por el equipo de Jessica de Maeyer y Wouter Vanderplasschen, que se expondrán con mayor detenimiento (de Maeyer *et al.*, 2009, 2010; de Maeyer, Vanderplasschen, Camfield, Vanheule, Sabbe y Broakert, 2011; de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen y Broekaert, 2011; de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert, 2011; de Maeyer, van Nieuwenhuizen, Bongers, Broekaert y Vanderplasschen, 2013).

En este periodo surgen, además, temas de interés específicos dentro de este campo, algunos de los cuales son:

- Diferencias de género: Puigdollers *et al.* (2004), Giacomuzzi *et al.* (2005).
- Impacto de otras condiciones comórbidas, además de la adicción a opiáceos, sobre la Calidad de Vida, ya sea por consumo de otras sustancias (Senbanjo, Wolff y Marshall, 2007), por enfermedades orgánicas (Batki *et al.*, 2009; Schäfer *et al.*, 2009) o por condiciones psiquiátricas (Carpentier, Krabbe, van Gogh, Knapen, Buitelaar y de Jong, 2009; Karow, Verthein, Krausz y Schäfer, 2008; Benaiges *et al.*, 2012).
- Comparación entre diferentes tratamientos sustitutivos opiáceos, además de la metadona: Giacomuzzi *et al.* (2003), Ponizovsky y Grinshpoon (2007), Maremmani, *et al.* (2007), Winklbaaur *et al.* (2008), Karow, Reimer, Schäfer, Krausz, Haasen y Verthein. (2010).
- Reivindicación de la visión subjetiva del paciente drogodependiente a la hora de valorar su propia CV y la atención recibida en tratamientos; estos temas aparecen con más frecuencia a partir de 2005: Montagne (2002), Trujols y Pérez de los Cobos (2005), Lozano Rojas, Bilbao Acedos, González Sáiz y Ballesta Gómez (2008), de Maeyer *et al.* (2009), de Maeyer, Vanderplasschen, Camfield *et al.* (2011).
- Intentos de sistematizar y reflexionar sobre las medidas de CV en esta población, observándose la tendencia a pasar de medidas generales a medidas específicas, y de medidas centradas en CVRS a medidas amplias de CV. De esta época son los trabajos ya comentados de Vanagas *et al.* (2004), Torrens (2008) y Nosyk *et al.* (2010), así como el desarrollo de instrumentos específicos para la población drogodependiente (Brogly *et al.*, 2003; Lozano *et al.*, 2007, Pedrero *et al.*, 2008).

2.2.4.2.1. Resultados generales

Los resultados de los trabajos, en general, siguen mostrando que los individuos heroínómanos presentan peor CV(RS) que la población general y que otras condiciones crónicas (Dunaj y Kovac, 2003; Millson *et al.*, 2004; Puigdollers *et al.*, 2004). Batki *et al.*

(2009) hallaban peores resultados de CVRS en pacientes con hepatitis C en tratamiento con metadona que en pacientes con hepatitis C sin problema de drogodependencia. La CV(RS) era pobre incluso si el heroinómano estaba ya en tratamiento con metadona (Deering *et al.*, 2004; Lofwall *et al.*, 2005).

Aun así, sigue siendo un hallazgo consistente que el tratamiento con sustitutivos opiáceos puede suponer una mejora en CV(RS) de los pacientes: Rooney *et al.* (2002) encontraban que los heroinómanos en tratamiento con metadona presentaban mejor ajuste psicosocial y menor sintomatología depresiva que los pacientes de un programa de Reducción de Daños (no orientado a la abstinencia, y limitado a ofrecer atención médica, intercambio de jeringuillas y la toma de 20 mg. de metadona al día).

Varios estudios con diseños longitudinales muestran una mejoría en las puntuaciones de CV(RS) en los primeros meses después de instaurado el tratamiento con sustitutivo opiáceo (en algunos de estos trabajos, parte de la muestra estaba en tratamiento con buprenorfina, en vez de con metadona): Giacomuzzi *et al.* (2003) (n=67, con una medida de seguimiento a los 6 meses de iniciado el tratamiento), Maremmani *et al.* (2007) (n=213, con una medida a los 12 meses de iniciado el tratamiento), Padaiga *et al.* (2007) (n=102, con una medida a los 6 meses de comenzar el tratamiento) y Ponizovsky y Grinshpoon (2007) (n=304, con medidas sucesivas a los 1, 4 y 8 meses de iniciado en tratamiento). Skeie *et al.* (2008), mediante un diseño retrospectivo, encuentran un descenso significativo en el uso de servicios sanitarios entre los 5 años anteriores al inicio del tratamiento con sustitutivo y los 5 años posteriores (n=35). Este descenso del uso de los servicios sanitarios se habría producido por una mejoría en la salud física de los pacientes, especialmente en los problemas relacionados con el consumo (reducción del 62%) y con la vía inyectada (reducción del 70%).

Sin embargo, algunos trabajos apuntan a que estas mejorías que se producían al inicio del tratamiento se atenuaban o desaparecían con posterioridad. Es lo que encontraron Habrat *et al.* (2002) en 61 pacientes heroinómanos cuyas puntuaciones de SF-36 habían mejorado a los 6 meses de comenzar el tratamiento, pero descendían,

aunque no al nivel inicial, 6 meses más tarde. Algo parecido ocurre con Giacomuzzi, Ertl, Kemmler, Riemer y Vigl (2005), que observaron como las mejorías referidas en su trabajo anterior (Giacomuzzi *et al.*, 2003) desaparecían (en el grupo en tratamiento con metadona) o mermaban considerablemente (en el grupo en tratamiento con buprenorfina) tres años más tarde. No obstante, el pequeño tamaño de la muestra y la alta tasa de abandonos aconsejan interpretar estos resultados con precaución.

Asimismo, Deering *et al.* (2004) observaron que la CVRS (evaluada mediante el SF-36) era independiente del tiempo que el paciente llevara en tratamiento. Esto les lleva a sugerir que la mayoría de los beneficios del tratamiento con metadona tienen lugar en los primeros meses de iniciado el tratamiento; a partir de ese momento, aquellos pacientes con menor potencial de mejora en su salud continuarían experimentando peor salud y menor bienestar, o requerirían de intervenciones más intensas.

2.2.4.2.2. Predictores, mediadores y comorbilidad con otras condiciones

Varios trabajos han utilizado técnicas de regresión para ver de qué factores dependen las puntuaciones de CV(RS). Puigdollers *et al.* (2004) señalaban como predictores el nivel educativo (a menor nivel educativo, peor CV), el estado serológico en relación al VIH y presentar policonsumo (pero este modelo sólo explicaba el 6,5% de la varianza de la CV). Millson *et al.* (2006) encontraron que el 33% de la varianza del componente de Salud Física del SF-36 era explicada por la edad (a mayor edad, peor puntuación), haber sido hospitalizado en el año anterior y haber padecido abusos sexuales o emocionales a lo largo de la vida; el 39% de la varianza del componente de Salud Mental del SF-36 era explicado por haber presentado problemas de salud mental durante el mes anterior, haber sido víctima de abusos sexuales y haber consumido de cocaína durante el mes anterior. En estos dos trabajos, la muestra estudiada era de pacientes heroínómanos que todavía no habían comenzado el tratamiento con metadona.

En un trabajo sobre pacientes en tratamiento con metadona y a punto de iniciar tratamiento médico para la hepatitis C, Batki *et al.* (2009) encontraron que mayor edad y ser mujer predecían peores puntuaciones en el componente de Salud

Física del SF-36, mientras que mayor carga viral y mayor gravedad de la adicción predecían peores puntuaciones en el componente de Salud Mental. El predictor más consistente de las puntuaciones en ambos componentes del SF-36 fue el nivel de depresión evaluado con el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI, Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996).

Algunos trabajos se han preguntado explícitamente por las diferencias de género en CV(RS) en esta población. Puigdollers *et al.* (2004) no encontraron diferencias de género en las puntuaciones globales del Perfil Nottingham (NHP) en pacientes heroínómanos al comienzo del tratamiento con metadona (la muestra estaba compuesta por 458 varones y 128 mujeres), pero las mujeres, en relación a los hombres, sí obtuvieron peores puntuaciones en la subescala de “energía” y mejores puntuaciones en la subescala de “sueño”. Los resultados más interesantes quizás fueron que una mayor proporción de mujeres, en relación a los hombres, presentaban positividad para VIH, pese a usar menos la vía inyectada de consumo, lo cual lleva a plantear la conveniencia de intensificar entre las mujeres acciones preventivas de transmisión de VIH por vía sexual.

Precisamente Haug *et al.* (2005) se centran en 78 pacientes (42 varones y 36 mujeres) en tratamiento con metadona y en tratamiento antirretroviral para el VIH. Las mujeres presentaban más efectos secundarios de la medicación antirretroviral, mayor gravedad de problemas psiquiátricos evaluados con el ASI, peores puntuaciones del SF-36 (tanto en el componente físico como en el emocional) y más resultados de controles positivos a opiáceos. Los varones, por otro lado, presentaban más resultados de controles positivos a benzodiacepinas.

Por su parte, Giacomuzzi *et al.* (2005) encontraron que las diferencias en CV (evaluada mediante la versión alemana del inventario Lancashire) entre hombres (n=65) y mujeres (n=38) en tratamiento sustitutivo opiáceo (metadona, buprenorfina o morfina de liberación lenta) se concentraban en las subescalas “legal y seguridad”, “salud mental” y “autoestima”, siempre con resultados más favorables para los varones. Estas diferencias, por otro lado, serían congruentes con las expectativas de género tradicionales en la sociedad austriaca, donde se llevó a cabo el estudio.

La edad como variable independiente es específicamente estudiada por Lofwall *et al.* (2005). Encontraron que pacientes de mayor edad en tratamiento con sustitutivos opiáceos (50 – 66 años, n=41) presentaban más problemas médicos y peor salud general que un grupo más joven (25 – 34 años, n=26). La tasa de resultados positivos a opiáceos en controles de orina fue baja para ambos grupos.

Senbanjo *et al.* (2007) se centran principalmente en el impacto que tiene el consumo de alcohol sobre la CVRS de 192 pacientes heroinómanos que llevaban al menos un mes en tratamiento con metadona. Los pacientes que en el momento actual presentaban dependencia del alcohol mostraban puntuaciones más bajas tanto en el componente general de salud física como en el de salud psicológica, en las siguientes escalas del SF-12: limitación de rol por problemas físicos, salud general, limitación de rol por problemas emocionales y funcionamiento social. Entienden los autores que esto es indicación de que no se terminan de abordar adecuadamente las necesidades de, al menos, algunos pacientes en tratamiento con metadona.

Schäfer *et al.* (2009), por su parte, encuentran que la infección por hepatitis C se relacionaba, pero de manera moderada, con más síntomas psicopatológicos (evaluados mediante el Inventario Breve de Síntomas, *Brief Symptom Inventory* – BSI, Derogatis y Melisaratos, 1983) y menor CV (evaluada mediante el EQ5D). Al contrario que en otros trabajos, en este estudio el tratamiento con Interferón no se relacionaba con una peor tolerancia al tratamiento sustitutivo opiáceo, pero el porcentaje de pacientes en tratamiento en este estudio era pequeño (10%), por lo que este resultado puede deberse a un sesgo de selección.

Un hallazgo consistente es la influencia negativa sobre la CV(RS) de la psicopatología del paciente. Karow *et al.* (2008) observaron que dos años tras el inicio del tratamiento con metadona, aquellos pacientes que presentaban un trastorno de personalidad mostraban peor CVRS (evaluada mediante el SF-36) que aquellos pacientes sin el diagnóstico. Las puntuaciones más bajas las mostraban sujetos con rasgos de personalidad compulsivos y esquizotípicos. El valor predictivo del diagnóstico era superior al de variables como cambios en el consumo de drogas y alcohol desde el inicio del tratamiento, la situación económica, los problemas legales y problemas

sociales con personas de fuera de su familia, que no mostraban relación con las puntuaciones del SF-36. Carpentier *et al.* (2009) hallaron un 78% de comorbilidad psiquiátrica en su muestra de 193 pacientes en tratamiento prolongado con metadona (la media de tiempo en tratamiento era de más de 11 años). Los diagnósticos más prevalentes fueron trastornos del estado de ánimo (60%) y trastornos de ansiedad (46%), y la ocurrencia de un trastorno psiquiátrico además del de dependencia explicaba el 32% de la varianza (evaluada mediante el EQ-5D).

2.2.4.2.3. Comparación entre tratamientos sustitutivos

En general, no se encuentran diferencias muy relevantes al comparar el impacto de diferentes tratamientos sustitutivos sobre la CV(RS). No hay grandes diferencias entre pacientes en tratamiento con metadona y en tratamiento con buprenorfina (Giacomuzzi *et al.*, 2003, 2005; Maremmanni *et al.*, 2007; Ponizovsky y Grinshpoon, 2007). Winklbaaur *et al.* (2008) realizan la comparación entre metadona y morfina de liberación lenta mediante un robusto diseño longitudinal prospectivo aleatorio, doble ciego, que sigue a los pacientes durante 14 semanas, habiéndoseles cambiado al otro tratamiento a la semana 7 (evalúan CV mediante el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire, Oliver *et al.*, 1997). No detectaron diferencias significativas en las mejoras producidas por ambos tratamientos. Karow *et al.* (2010) sí encontraron, por otro lado, ventajas de un tratamiento de mantenimiento con heroína sobre uno de mantenimiento con metadona en salud física subjetiva (evaluada con el Sistema Modular de Calidad de Vida – *Modular System for Quality of Life*, MSQOL, Pukrop, Moller y Steinmeyer, 2000) después de 12 meses de tratamiento, si bien la diferencia entra ambas condiciones fue pequeña.

2.2.4.2.4. Los estudios de la Universidad de Gante (Bélgica)

Especial interés, por la producción científica generada y los resultados obtenidos, tiene la investigación que está realizando el equipo dirigido por Jessica de Maeyer en la Universidad de Gante, en Bélgica. Es por ello por lo que se ha reservado una sección aparte para la exposición de sus trabajos.

De Maeyer *et al.* (2010) hacen una comprehensiva revisión de los trabajos sobre CV(RS) en pacientes dependientes de opiáceos. Además de las ya mencionadas diferencias en la conceptualización y medida de la Calidad de Vida entre los estudios recogidos, encuentran que en general los pacientes dependientes de opiáceos presentan menor Calidad de Vida que la población general, que esta Calidad de Vida mejora durante los primeros meses del tratamiento sustitutivo, y que posteriormente se estabiliza o incluso se reduce en parte, aunque no regresa a los niveles iniciales. Las principales variables predictoras de la CV(RS), a través de diversos estudios, fueron la edad (consumidores de mayor edad presentan peor CV), el género (a pesar de haber resultados contradictorios, se observa una tendencia en las mujeres a tener peor CV, sobre todo al inicio del tratamiento) y la comorbilidad psiquiátrica (si bien el número de trabajos que abordan directamente esto resulta limitado). No se encontró relación clara entre la CV(RS) y el consumo de otras sustancias o la cantidad, duración y frecuencia del consumo. La mayoría de los estudios que sí mostraban una relación negativa entre estas variables, evaluaban más bien CVRS, por lo que no es posible saber el impacto del consumo sobre otros dominios vitales. Los estudios que presentaban un diseño longitudinal ofrecían seguimientos por tiempo limitado; únicamente el trabajo de Giacomuzzi *et al.* (2005) mostraba datos de seguimiento a tres años.

Este mismo grupo hace un interesante esfuerzo por recoger la visión del propio paciente drogodependiente a la hora conceptualizar su CV(RS). Para ello realizan dos trabajos con metodología cualitativa de investigación:

- De Maeyer *et al.* (2009) llevan a cabo 9 grupos de discusión en Bélgica, que incluían un total de 67 individuos, tanto en consumo activo de drogas, como en tratamiento con sustitutivos o ya abstinentes, y en diversos contextos (pacientes en prisión, en hospital, en comunidad terapéutica, en situación de calle o en un grupo de reivindicación de igualdad de derechos). Los temas que los participantes más vinculaban a su Calidad de Vida eran las relaciones personales y la inclusión social. La salud física, por otro lado, no era algo que se mencionara de manera espontánea durante la discusión, lo que indicaría una

discrepancia entre los elementos que los drogodependientes asocian a su CV y cómo se entiende esta habitualmente en la comunidad científica y terapéutica.

- De Maeyer, Vanderplasschen, Camfield *et al.* (2011) realizan 25 entrevistas en profundidad a pacientes heroínómanos que habían iniciado tratamiento con metadona al menos 5 años atrás; en el momento del estudio, el 68% de la muestra se encontraba en tratamiento y el 44% refería al menos algún consumo de heroína en el mes anterior. El análisis temático de las transcripciones de las entrevistas reveló cinco temas que los pacientes relacionaban con su CV: relaciones sociales de apoyo, bienestar psicológico, tener una ocupación/contar con una actividad diaria estructurada, ser independiente y tener una vida significativa. La universalidad de estos temas no debería sorprender, en la medida en que estos individuos desempeñan otros roles cotidianos (pareja, progenitor, trabajador/a) además del de (ex)drogodependiente. Ante la pregunta acerca del impacto del tratamiento con metadona sobre cada una de estas áreas, se observaba una importante ambivalencia: por un lado, el sustitutivo opiáceo puede apoyar y fortalecer el cumplimiento de objetivos personales relevantes, en la medida que el paciente ya no se encuentra mal en caso de no disponer de heroína, lo cual le pone en posición de poder encargarse de aspectos importantes (por ejemplo, mejorar su cualificación laboral); por otro lado, mantener una dependencia de una sustancia, y el estigma asociado a ese tipo de tratamiento eran mencionados como aspectos negativos. La mayoría de los entrevistados contemplaban el tratamiento como una fase transitoria en sus vidas y esperaban poder dejar de depender de la metadona en algún momento.

Utilizando metodología cuantitativa y técnicas de análisis de regresión en un diseño transversal, de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe *et al.* (2011) estudian el impacto de diversos factores demográficos, psicosociales, de consumo y de salud sobre la CV (evaluada mediante el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire – *Lancashire Quality of Life Profile*, Oliver *et al.*, 2007, un instrumento desarrollado en población de salud mental) en pacientes que estaban o habían estado en tratamiento con metadona (el tamaño muestral fue de 159 sujetos,

de los cuales el 25,8% ya no estaba activamente en tratamiento). Cinco variables explicaban el 60,2% de la varianza de las puntuaciones en CV: mayor malestar psicológico, incapacidad para modificar las condiciones de vida y tomar psicofármacos se relacionaban con una peor CV; por otro lado, tener al menos un buen amigo y contar con una actividad cotidiana estructurada predecía una mejor CV. El malestar psicológico fue la variable que más impacto negativo mostraba sobre la CV; tener al menos un buen amigo fue la variable con mayor impacto positivo sobre la CV. Ni el tiempo que se llevara en tratamiento con metadona, ni el estado actual (activo/inactivo) en relación al tratamiento, ni la edad del primer consumo, ni la gravedad actual de los consumos resultaron predictores de la CV. Estar abstinente no necesariamente iba acompañado de mejorías en la CV, lo cual lleva a pensar que estos pacientes requieren intervenciones con objetivos más amplios que la reducción del consumo.

En otro trabajo, de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen y Broekaert (2011) estudiaron cuáles eran los determinantes de la CV *por diferentes dominios*. Diversos factores, tanto psicosociales (actividad cotidiana estructurada, situación laboral o incapacidad de cambiar condiciones de vida) como relativas a la persona (autoestima, realización) tenían un importante impacto en varios dominios. Si bien no se encontraron determinantes directos del consumo actual de heroína sobre la CV, un *análisis de senderos* desveló un efecto indirecto sobre los dominios de “condiciones de vida”, “finanzas” y “ocio y participación social” a través de variables como “actividad diaria estructurada”, “dosis de metadona” y “situación laboral”.

Un *análisis de clases latentes* mostró tres perfiles diferentes de CV en esta muestra (de Maeyer *et al.*, 2013):

- Dependientes de opiáceos en contextos marginales: presentaban bajas puntuaciones de CV en todos los dominios, muchas dificultades relativas al alojamiento, problemas judiciales graves y mayor frecuencia de consumos por vía inyectada.
- Dependientes de opiáceos estables pero excluidos socialmente: presentaban puntuaciones altas en “condiciones de vida” y “seguridad”, pero bajas en el

resto de los dominios; estas personas tenían dificultades laborales, problemas de salud mental graves y dificultades alcanzando sus metas vitales.

- Dependientes de opiáceos socialmente incluidos: presentaban altas puntuaciones en los distintos dominios, salvo en “finanzas”. Estaban habitualmente implicados en actividades cotidianas estructuradas, tenían relaciones sociales de apoyo, buena salud mental y un sentido de propósito en sus vidas.

2.2.4.3. Desde el año 2010 hasta la actualidad

Desde el año 2010, sigue habiendo interés en el estudio de la CV(RS) de dependientes a opiáceos en tratamiento con sustitutivos. Se observa, por otro lado una disminución de la frecuencia de publicaciones en Europa y el mundo anglosajón frente a una importante explosión de trabajos realizados en países de oriente medio (Irán: Esmaeili, Ziaddinni, Nikraves, Baneshi, Nakhaee, 2014) y, sobre todo, asiáticos:

- China: Xiao, Wu, Luo y Wei (2010), He *et al.* (2011), Lin, Wu y Detels (2011), Zhou *et al.* (2013).
- Taiwán: Wang *et al.* (2012), Chou, Shih, Tsai, Li, Xu y Lee (2013), Lin *et al.* (2013), Wang *et al.* (2013).
- Malasia: Lua y Talib (2012), Musa, Abu Bakar y Khan (2012).
- Indonesia: Iskandar *et al.* (2013).
- Vietnam: Tran *et al.* (2012).

Puede explicarse este interés repentino en esta época en los países asiáticos por la introducción más tardía del tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos: 2002 en Irán, 2004 en China, 2005 en Malasia, 2006 en Taiwán y 2008 en Vietnam.

Estos trabajos, en su conjunto, coinciden en gran medida con los resultados obtenidos en estudios anteriores en Europa y el mundo anglosajón: el tratamiento con metadona sirve para mejorar la CV(RS) de los pacientes atendidos (He *et al.*, 2011; Lua y Talib, 2012; Chou *et al.*, 2013) e incluso mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH (Tran *et al.*, 2012). Los efectos beneficiosos del tratamiento

se encuentran incluso si este es interrumpido por alta voluntaria o expulsión del paciente durante el primer año (Wang *et al.*, 2013). Contar con apoyo familiar favorece la CV(RS) (He *et al.*, 2011; Lin *et al.*, 2011), mientras que la comorbilidad psiquiátrica la disminuye (Iskandar *et al.*, 2013).

Otros predictores son contar con el propio trabajo como principal fuente de ingresos (He *et al.*, 2011), una mayor dosis de metadona (Wang *et al.*, 2012) y llevar más tiempo en tratamiento (He *et al.*, 2011; Wang *et al.*, 2012). Se observa también que las mejorías en CV(RS) y otras variables relacionadas tienen lugar principalmente durante las primeras semanas o meses de tratamiento, estabilizándose la progresión a partir de un punto (Xiao *et al.*, 2010; Wang *et al.*, 2012). Esmaeili *et al.* (2014) encuentran que la metadona tiene más utilidad que la buprenorfina para mejorar la CV de los pacientes, pero reconocen que las dosis de buprenorfina utilizadas en este trabajo resultaban bajas. Diversos trabajos utilizan diseños longitudinales, pero los periodos de seguimiento no suelen ser superiores a un año (Xiao *et al.*, 2013, 3 meses; He *et al.*, 2011, 6 meses; Tran *et al.*, 2012, 9 meses; Lua y Talib, 2012, 12 meses; Wang *et al.*, 2013, 12 meses), a excepción de Wang *et al.* (2012) (seguimiento durante 18 meses) y Musa *et al.* (2012) (2 años).

Además de este “estallido” de publicaciones en países asiáticos y de oriente medio, sigue habiendo publicaciones interesantes en Europa. Karow *et al.* (2011) muestran que la CVRS de pacientes heroinómanos en tratamiento de mantenimiento (con metadona o con heroína) mejora a lo largo del primer año de tratamiento (sobre todo en los primeros 6 meses), pero que aun así sigue siendo inferior a la de controles sanos. En este mismo trabajo se observaba que la CVRS de estos pacientes al inicio del tratamiento era peor que la de pacientes esquizofrénicos, y tras el final del primer año de tratamiento, todavía estaba por debajo en las áreas de satisfacción material, salud física y vitalidad. Otro trabajo de este equipo sobre esta muestra indican algunas ventajas del mantenimiento con heroína sobre el mantenimiento con metadona (Reimer, Verthein, Karow, Schäfer, Naber y Haasen, 2011).

Como en el trabajo ya citado de Maeyer *et al.* (2013), Nosyk *et al.* (2011) recurren al *análisis de clases latentes* para analizar las trayectorias de 251 pacientes

heroinómanos de larga evolución en tratamiento de mantenimiento (con metadona o con heroína inyectable) a lo largo de 12 meses desde el comienzo del tratamiento. Encuentran tres trayectorias diferentes en las puntuaciones de CVRS (evaluada con el EQ-5D, EuroQol Group, 1990):

- Clase 1: CVRS inicialmente baja, que no mejora significativamente con el tiempo. Eran con mayor probabilidad mujeres, y tenían más probablemente alguna condición crónica así como problemas de alojamiento, además de presentar mayor gravedad del consumo. Incluye al 19,5% de la muestra.
- Clase 2: CVRS con un valor inicial mayor que en la clase 1, y que mejora gradualmente a lo largo del tratamiento, con una mejoría cada vez menos pronunciada. Incluye al 61,2% de la muestra.
- Clase 3: CVRS con un valor inicial relativamente alto y sin una mejoría significativa por encima de ese nivel a lo largo del tratamiento. Los pacientes de este grupo eran con más probabilidad más jóvenes y de origen nativo (Canadá), mientras que con menos probabilidad tenían alguna condición médica crónica o presentaban condiciones inestables de alojamiento; la gravedad del consumo ilícito de drogas era menor. Incluye al 19,3% de la muestra.

En aquellos pacientes cuya CVRS sí cambiaba, se observa que las mejorías se relacionaban con la mejora en la situación de alojamiento y con el descenso del consumo ilícito, mientras que incidentes médicos afectaban negativamente a la CVRS. Fue más el descenso en el consumo que el tiempo en tratamiento lo que se relacionaba con la mejora de la CVRS.

Una última referencia interesante de los últimos años es la de Hiltunen, Eklund y Borg (2011), quienes contactan, quince años después, con los primeros pacientes que estuvieron en tratamiento con metadona en Estocolmo (estos pacientes, por otro lado, habían iniciado el tratamiento previamente en otra ciudad de Suecia). Hallan evidencias de que la situación vital y la satisfacción subjetiva (evaluadas mediante instrumentos *ad hoc*) de estos pacientes era mayor en aquellos que habían conseguido dejar satisfactoriamente el tratamiento que en aquellos que se mantenían tomando metadona. Esto indicaría que la desintoxicación de metadona debería ser un objetivo

pertinente en estos pacientes (frente a la visión del tratamiento con metadona como algo que debe ser mantenido de forma más o menos indefinida).

2.2.5. Conclusiones

De esta revisión de trabajos acerca de la CV(RS) de pacientes heroínómanos en tratamiento con sustitutivos (normalmente metadona) pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Después de 50 años desde que comenzó el tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos, esta es una de las intervenciones de eficacia mejor asentada para esta problemática (Amato *et al.*, 2005; WHO/UNODC/UNAIDS, 2004, p. 32). Sin embargo, se observa que existe una proporción grande de pacientes que no alcanzan de manera sostenida criterios de abstinencia a heroína o mayor integración social (General Accounting Office, 1990; Gossop *et al.*, 2000; Hubbard *et al.*, 2003; Senay, 1985). Emerge, por tanto, la necesidad de evaluar el impacto de este tipo de intervención tomando otros criterios como referencia. Aquí radica el interés de tomar la Calidad de Vida y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud como variables resultado relevantes.
- Debido a las diferentes aproximaciones, definiciones y maneras de entender la CV(RS), los instrumentos utilizados en los diversos estudios han sido igualmente diferentes, con la consiguiente dificultad para extraer conclusiones. Instrumentos específicos para evaluar CV(RS) en drogodependientes han sido desarrollados únicamente en los últimos años, por lo que la mayoría de estudios se han realizado con instrumentos generales.
- Otra dificultad para establecer comparaciones y sacar conclusiones de los diferentes estudios es la heterogeneidad de filosofías de intervención, con algunos trabajos en los que la metadona es el principal componente terapéutico, mientras que en otros es acompañada en proporción variable de diversas intervenciones de tipo médico, psicológico y social.
- La mayoría de los trabajos presentan unas elevadas tasas de abandono de los participantes: Giacomuzzi *et al.* (2003) comienzan con una muestra de n=67,

pero en el seguimiento que hacen a tres años (Giacomuzzi *et al.*, 2005) se han quedado con 25; Maremmani *et al.* (2007) comienzan con n=213, pero terminan el estudio 163 sujetos un año más tarde; Padaiga *et al.* (2007) tienen una muestra inicial de n=102, pero a los 6 meses tienen 71 sujetos; Ponizovsky y Grinshpoon (2007) comienzan con n=304 sujetos pero a los 8 meses les quedan 129; Karow *et al.* (2011) comienzan con 1.015 sujetos pero tienen 681 un año después. Esto muestra las dificultades que entraña esta población a la hora de realizar investigación empírica.

- Tomados en general, los resultados de los diferentes estudios apuntan a que el tratamiento con sustitutivos opiáceos puede, efectivamente, promover la mejora de la CV(RS) incluso si persiste el consumo en algún grado. Se observa la tendencia de que las mejorías en la CV(RS) tienen lugar en las primeras semanas o meses de iniciado el tratamiento, tendiendo con el tiempo a estabilizarse o incluso a perderse en todo o en parte (Giacomuzzi *et al.*, 2005; Habrat *et al.*, 2002; Xiao *et al.*, 2010; Wang *et al.*, 2012). Los estudios longitudinales no realizan seguimientos más allá de 3 ó 4 años, lo cual impide ver cómo sería la progresión de las puntuaciones de CV(RS) más allá de este punto.
- A pesar de las mejoras sobre la CV(RS) que pueda producir el tratamiento con metadona en dependientes de opiáceos, la CV(RS) en gran parte de esta población sigue situándose por debajo de la población general (Deering *et al.*, 2004; Karow *et al.*, 2011; Lofwall *et al.*, 2005). Esto apunta a la necesidad de identificar factores de los que dependa dicha CV; en la medida en que se puedan diseñar intervenciones dirigidas a modificar esos factores, se podría mejorar la CV de estos pacientes.
- A lo largo de diversos estudios, hay una serie de factores que repetidamente han mostrado su influencia en la CV(RS):
 - Edad: a mayor edad, peor CV(RS) (Batki *et al.*, 2009; de Maeyer *et al.*, 2010; Lofwall *et al.*, 2005; Millson *et al.*, 2006).

- Género: peor CV(RS) si se es mujer (Giacomuzzi *et al.*, 2005; Haug *et al.*, 2005; Puigdollers *et al.*, 2004).
 - Problemas médicos orgánicos: peor CV(RS) a peor salud física (Batki *et al.*, 2009; Fernández Miranda *et al.*, 1999; Millson *et al.*, 2006; Nosyk *et al.*, 2011; Puidollers *et al.*, 2004).
 - Dificultades emocionales o comorbilidad psiquiátrica: peor CV(RS) a mayores dificultades emocionales o presencia de algún diagnóstico de Salud Mental (Batki *et al.*, 2009; Carpentier *et al.*, 2009; de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert, 2011; Fernández Miranda *et al.*, 1999; Iskandar *et al.*, 2013; Karow *et al.*, 2008). Este es uno de los factores que más apoyo ha recibido de la investigación como determinante de la CV(RS) en esta población.
 - Algunos factores sociales han sobresalido como variables relacionadas con la CV(RS): experiencias de victimización interpersonal disminuirían la CV(RS) (Millson *et al.*, 2006), mientras que ésta aumentaría en caso de tener una actividad cotidiana estructurada y contar con apoyo social (de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert, 2011), apoyo familiar (He *et al.*, 2011; Lin *et al.*, 2011), ingresos laborales (He *et al.*, 2011) o si mejoraba la situación de alojamiento (Nosyk *et al.*, 2011).
- Por otro lado, la evidencia acerca de la importancia que pueda tener el consumo de heroína o de otras sustancias sobre la CV(RS) no llega a ser concluyente (de Maeyer *et al.*, 2010); se encuentran trabajos que apuntan en esa dirección (Batki *et al.*, 2009; Fernández Miranda *et al.*, 1999; Millson *et al.*, 2006; Nosyk *et al.*, 2011; Puidollers *et al.*, 2004; Senbanjo *et al.*, 2007) así como otros estudios que indican lo contrario (de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert, 2011).
 - Aunque algunos trabajos relacionan una mayor dosis de metadona o llevar más tiempo en tratamiento con una mejor CV(RS) (He *et al.*, 2011; Wang *et al.*,

2012), estas variables no han mostrado una relación firme con la CV(RS) (Deering *et al.*, 2004; de Maeyer *et al.*, 2010). En la literatura consultada, no se han encontrado referencias a otras variables propias del tratamiento que pudieran tener un impacto sobre la CV(RS), tales como la adherencia y continuidad en la asistencia a citas con profesionales.

- La mayoría de las variables que se han estudiado en relación a la CV(RS) en esta población han sido sociodemográficas (edad, género), relativas al trastorno por dependencia (gravedad del consumo), al tratamiento (duración o dosis de metadona), comorbilidad psiquiátrica u orgánica y ajuste social. Apenas hay trabajos que hayan mostrado interés en estudiar el papel de variables psicológicas o recursos personales de los pacientes (autocontrol, estrategias predominantes de afrontamiento) sobre la CV(RS) en esta población.

Este último punto se entiende como una carencia importante en la investigación en este campo; en el siguiente apartado se propone una variable de índole psicológica que podría demostrar su importancia en el estudio de la CV(RS) en drogodependientes en tratamiento con metadona.

2.2.6. La relevancia de la Evitación Experiencial y su posible utilidad en el estudio de la Calidad de Vida en drogodependientes

Uno de los conceptos que ha cobrado mayor relevancia teórica y práctica en los últimos 15 años en Psicología Clínica es el de Evitación Experiencial (EE), que hace referencia al *“fenómeno que tiene lugar cuando una persona no está dispuesta a mantenerse en contacto con experiencias privadas concretas (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes, disposiciones conductuales) y da pasos para modificar la forma o frecuencia de estas experiencias o de los contextos que las ocasionan”*²¹ (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996, p. 1154). Se referiría a aquellos casos en que el individuo lleva a cabo acciones (manifiestas o encubiertas) con la finalidad de disminuir o hacer desaparecer algún tipo de malestar interno.

²¹ *“(...) phenomenon that occurs when a person is unwilling to remain in contact with particular private experiences (e.g., bodily sensations, emotions, thoughts, memories, behavioral predispositions) and takes steps to alter the form or frequency of these events and the contexts that occasion them”.*

La EE no sería necesariamente perjudicial, y de hecho todas las personas incurrimos en ella en mayor o menor medida; sin embargo, puede suceder que un individuo se implique de manera rígida y persistente en comportamientos de evitación experiencial incluso si eso le supone pagar un precio elevado en lo que se refiere a aspectos vitales significativos. En estos casos, los comportamientos de evitación persisten porque: 1) pueden conseguir efectivamente un alivio del malestar, por lo menos a corto plazo; y 2) están en consonancia con reglas verbales muy reforzadas socialmente relativas a que *“para vivir bien es preciso no sentir malestar”*; sin embargo, la EE a la larga no sería una solución sostenible en los casos en que: 1) la experiencia evitada reaparece más adelante, puede que incluso con mayor intensidad o en mayor frecuencia o duración, por lo que el individuo debe volver a realizar comportamientos de evitación; y 2) la evitación experiencial persistente resulta incompatible con conductas de aproximación a metas vitales significativas, por lo que diversas áreas significativas para el individuo (pareja, familia, amistades, trabajo, cuidado personal...) acaban viéndose deterioradas. Una persona atrapada en este patrón de comportamiento no se daría cuenta de que los comportamientos de evitación, lejos de ser una solución, acaban formando parte del problema y agravando el mismo; estaríamos entonces ante un *Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)* (Luciano Soriano, 2001).

Es en estos casos en que la EE se relaciona con diferentes formas de sufrimiento psicológico (Hayes *et al.*, 1996): una persona con trastorno obsesivo-compulsivo recurre a rituales para neutralizar la ansiedad generada por determinados pensamientos o experiencias; en el trastorno de pánico con agorafobia se evitan aquellas situaciones en las que se pudiera tener una reacción aguda de ansiedad; una persona con trastorno límite de personalidad utiliza conductas autolesivas con la finalidad de regular un estado emocional que percibe fuera de control; y un drogodependiente puede consumir una sustancia para evitar asimismo los efectos del síndrome de privación. El suicidio se entendería como la evitación experiencial definitiva, en la medida en que saca al individuo de la vida y, por tanto, del sufrimiento que dicha vida acarrea.

La EE no sería un concepto novedoso en psicoterapia (Hayes *et al.*, 1996), encontrándose ya ideas similares en el psicoanálisis (con su énfasis en hacer consciente material doloroso reprimido), la terapia humanista rogeriana (que busca una mayor apertura a la experiencia por parte del paciente), la terapia gestáltica (que entiende que la causa de muchos problemas psicológicos es el miedo a emociones no deseadas) o la terapia existencial (siendo el miedo a la muerte aquello que más se evita).

No obstante esto, el planteamiento de Hayes *et al.* (1996) sobre la EE surge desde el *contextualismo funcional*, una determinada perspectiva sobre la ciencia que considera que los fenómenos deben ser estudiados en su totalidad y en su contexto (en vez de ser descompuestos en partes más pequeñas relacionadas entre sí); según esta perspectiva, una teoría o modelo es acertado o no en función de la utilidad que presente para cumplir un objetivo (*criterio pragmático de verdad*) (Hayes, Hayes y Reese, 1988; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012, pp. 30 – 39).

Este planteamiento va en la línea del conductismo radical skinneriano al rechazar las explicaciones del comportamiento basadas en entidades hipotéticas internas al organismo (explicaciones mediacionales o directamente mentalistas) y plantear que el estudio de la conducta debería ser capaz de identificar aquellos aspectos potencialmente manipulables del contexto del organismo que controlan su comportamiento (una exposición más detallada de esta visión contextual y su aplicación al estudio de la conducta puede encontrarse en Chiesa, 1992; Hayes y Brownstein, 1986; y, cómo no, Skinner, 1987, 1990).

Desde la perspectiva contextual funcional se ha propuesto la *Teoría del Marco Relacional* (*Relational Frame Theory* – RFT, Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) como un modelo explicativo del lenguaje y la cognición que permite superar las limitaciones de la propuesta de Skinner (1957) sobre conducta verbal, a la vez que se mantiene coherente con los principios conductistas radicales al rechazar explicaciones de corte mentalista o mediacional. Para la RFT, las mismas condiciones que posibilitan el lenguaje y el pensamiento significativos en humanos (dando lugar al autoconocimiento, la comunicación, la resolución de problemas, los avances

científicos, el desarrollo del arte y la vida en comunidad) son las mismas condiciones que posibilitan la existencia de la EE, por lo que ésta no es un fenómeno que se pueda erradicar sin más (Hayes y Gifford, 1997; Luciano Soriano, Rodríguez Valverde y Gutiérrez Martínez, 2004).

En tanto que un concepto adscrito al modelo conductista, la EE no haría referencia a un rasgo latente en la persona, sino a una clase funcional de diferentes topografías de conducta bajo control de contingencias de escape/evitación ante eventos privados con función aversiva: comportamientos aparentemente muy distintos (rumiar, recurrir a autoafirmaciones positivas, dejar de hacer actividades, sobreimplicarse en actividades, evitar situaciones, lugares o personas, consumir sustancias...) tendrían una función común de evitar o controlar de alguna manera una experiencia privada (pensamiento, emoción, recuerdo, sensación...) que se viviera con malestar. Esta visión funcional del comportamiento permitiría desarrollar alternativas diagnósticas a las clasificaciones categoriales predominantes (Hayes *et al.*, 1996).

Se propone la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT, Hayes *et al.*, 1999, 2012; Wilson y Luciano, 2002) como una intervención derivada de la RFT. ACT se enmarca dentro de las intervenciones cognitivo-conductuales, pero se despega del mensaje habitual de muchas de ellas de que el cambio clínico vendrá como consecuencia del cambio en pensamientos o emociones desajustados; se despega también, por tanto, del uso de estrategias dirigidas a modificar directamente contenidos o procesos cognitivos (esta forma de proceder sería propia de las terapias conocidas ahora como de “segunda generación”, Hayes, 2004, pp. 642 – 643).

Desde el modelo de ACT se entiende que los problemas psicológicos no son la consecuencia de determinados pensamientos o emociones patológicos o desajustados, sino que es la evitación persistente de estos pensamientos o emociones la que conduce al desarrollo y consolidación de los problemas psicológicos.

Por tanto, ACT desarrolla intervenciones dirigidas a modificar los contextos verbales en que los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos...) se experimentan (Luciano Soriano *et al.*, 2004), con la finalidad de

disminuir instancias de evitación experiencial destructiva y promover un comportamiento más flexible dirigido a objetivos personales significativos a largo plazo, incluso si eso supone para el paciente mantenerse en contacto con el malestar.

Estos objetivos personales significativos a largo plazo reciben en ACT el nombre de *valores*, y han sido objeto de importante desarrollo dentro de este modelo de intervención (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006). En ACT se pretende modificar la fuente de control predominante del comportamiento, pasando de la EE a las conductas dirigidas a valores; al ser éste un comportamiento bajo control apetitivo (un “ir hacia”, más que un “huir de”), daría lugar a repertorios más amplios y flexibles (Hayes *et al.*, 2012, pp. 92 – 95). De la misma manera que la EE constituiría una clase funcional, se ha propuesto que comportarse en dirección a valores sería una clase funcional diferente (Wilson, Sandoz, Kitchens y Roberts, 2010).

Existen diversas evidencias que relacionan la EE con el malestar emocional y distintos cuadros psicopatológicos. Hayes *et al.* (2004) presentan el AAQ (*Acceptance and Action Questionnaire* – Cuestionario de Aceptación y Acción), un instrumento breve para evaluar Evitación Experiencial. Al probarlo en 9 muestras distintas, que incluían tanto a población general como clínica, encontraron que correlacionaba de manera directa con medidas de psicopatología general (SCL-90-R – Derogatis, 1994; y Brief Symptom Inventory – Derogatis y Melisaratos, 1983), ansiedad y depresión (BAI – Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; y BDI I y II - Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, Steer y Brown, 1996), así como otras medidas específicas de fobia social, agorafobia, miedo a la sangre o a las heridas, miedo a la intimidad, sensibilidad a la ansiedad o gravedad de sintomatología postraumática en personas expuestas a un trauma. El AAQ mostraba también correlaciones significativas de signo negativo con una medida de CV (Quality of Life Inventory – Frisch, 1992).

Las adaptaciones del AAQ a otros idiomas o el desarrollo de nuevos instrumentos para evaluar EE han encontrado consistentemente que la EE correlaciona en positivo con diversas pruebas de malestar psicológico o emocional, y en negativo con índices de CV (Barraca, 2004; Bond *et al.*, 2011; Gámez, Chmielewski, Kotov,

Ruggero, Suzuki y Watson, 2014; Luoma, Drake, Kohlenberg y Hayes, 2011; Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

Cristea, Montgomery, Szamoskozi y David (2013) comparan puntuaciones en EE con aquellas de otros constructos clave de modelos cognitivos de psicoterapia (creencias irracionales y autoaceptación incondicional, propios de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, 1994; y pensamientos automáticos, concepto propio de la Terapia Cognitiva, Beck *et al.*, 1979). La comparación es pertinente, en la medida en que ACT propone que la EE sería el principal mecanismo explicativo del sufrimiento psicológico y del cambio terapéutico, de la misma manera que los otros conceptos son propuestos como nucleares desde los modelos cognitivos. En este estudio, Cristea *et al* (2013) encontraron un cierto solapamiento entre todos los constructos (las puntuaciones de unos y otros correlacionaban entre sí), pero la EE mediaba la relación entre los constructos propios de los modelos cognitivos y el malestar psicológico: es decir, mostrar poca autoaceptación incondicional o muchos pensamientos automáticos sólo resultaba problemático a altos niveles de EE.

La EE ha sido asociada a diversas medidas de problemas psicológicos y aparición de comportamientos problemáticos en población general y clínica, tanto en estudios transversales (Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006; Kingston, Clarke y Remington, 2010) como en un diseño longitudinal prospectivo (Spinhoven, Drost, de Rooij, van Hemert, y Penninx, 2014).

En personas expuestas a un trauma, la EE parece tener un importante papel mediador en el desarrollo de sintomatología postraumática y emocional, tanto si el trauma es de naturaleza interpersonal (Orcutt, Pickett y Pope, 2005; Palm y Follette, 2011) como de guerra (Kashdan, Morina y Priebe, 2009). Fiorillo, Papa y Follette (2013) encontraron en un grupo de mujeres estudiantes universitarias que habían sufrido maltrato físico en la infancia que aquellas con mayores puntuaciones en EE tenían una mayor probabilidad de sufrir también maltrato por parte de la pareja en la vida adulta. El meta-análisis realizado por Seligowski, Lee, Bardeen y Orcutt (2015) mostró que la EE fue una de las estrategias de regulación emocional que más relación mostraba con la gravedad de sintomatología postraumática en persona expuestas a un trauma.

La EE ha mostrado también su relevancia en otros cuadros psiquiátricos o manifestaciones de malestar emocional, como la experiencia de ataques de pánico (Tull y Roemer, 2007), la gravedad de la tricotilomanía (Begotka, Woods y Wetterneck, 2004), el diagnóstico de esquizofrenia (O'Driscoll, Laing y Mason, 2014) o la CVRS en un grupo de pacientes en tratamiento hospitalario para la obesidad (Lillis, Levin y Hayes, 2011).

Al revisar 28 trabajos en los que se habían tomado medidas de EE y de algún tipo de malestar psicológico o sintomatología psiquiátrica, Chawla y Ostafin (2007) concluyen que, efectivamente, la EE 1) afecta a la probabilidad de recaída en el consumo de sustancias; 2) media en la relación entre sucesos traumáticos y malestar psicológico; 3) predice la gravedad de los síntomas en algunos trastornos específicos como el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la tricotilomanía, y 4) media en la relación entre estrategias de afrontamiento y malestar psicológico. Encuentran además evidencia preliminar de que una intervención dirigida a disminuir la Evitación Experiencial puede producir mejoras en pacientes con problemas de ansiedad. Señalan, no obstante, la confusión conceptual que existe con el término de Evitación Experiencial, al no quedar claro si delimita con otros conceptos (supresión del pensamiento, supresión emocional, afrontamiento evitador, reevaluación cognitiva) o los abarca.

A la hora de conceptualizar la EE, se ha tendido a estudiar esta bien como una estrategia de afrontamiento (Kashdan *et al.*, 2006) o bien como una estrategia de regulación emocional (Sloan, 2004).

La EE mediaría en la eficacia de estrategias de afrontamiento centradas en la reinterpretación cognitiva de acontecimientos (Kashdan *et al.*, 2006) o en adaptaciones pasivas a la situación (Fledderus, Bohlmeijer y Pieterse, 2010); esto es, no se trataría de que la reinterpretación cognitiva o la adaptación pasiva sean estrategias adecuadas o inadecuadas *per se*, sino que una y otra pueden ser topografías al servicio de la EE, en cuyo caso acabarían por resultar desadaptativas. La EE predecía, de manera distintiva respecto de diversas estrategias de afrontamiento, la

variación en puntuaciones de bienestar psicológico y malestar emocional (Costa y Pinto-Gouveia, 2013; Karekla y Panayiotou, 2011).

En cuanto a estrategia de regulación emocional, la EE formaría parte del patrón de disregulación que caracteriza a los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (por oposición a pacientes sin diagnóstico en el Eje II, Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2009), contribuyendo de manera significativa a la explicación de la variabilidad de la gravedad de la sintomatología y de las características de los pacientes con este trastorno (Iverson, Follette, Pistorello y Fruzzetti, 2012; Schramm, Venta y Sharp, 2013).

La EE tiene también una gran relevancia en los problemas de consumo de sustancias (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie y Fiore, 2004). Cooper, Russell, Skinner, Frone y Mudar (1992) señalan que el afrontamiento evitador sería un factor de vulnerabilidad para el consumo problemático de alcohol ante diversos estresores. Stewart, Zvolensky y Eifert (2002) encuentran que en una muestra de 182 universitarios, la EE predecía motivaciones para beber alcohol consideradas como problemáticas y de mayor riesgo (beber como forma de afrontamiento y como forma de buscar placer hedónico). La EE sería una de las variables que distinguía entre aquellos sujetos drogodependientes que, tras alcanzar abstinencia, desarrollaba problemática de dolor crónico (presentando mayores niveles de EE) y aquellos sujetos que, una vez abstinentes, no la desarrollaban (Álvarez Díaz y Esteve Zarazaga, 2009).

Forsyth, Parker y Finlay (2003) proponen que la EE sería un constructo supraordinado que abarcaría los repertorios propios tanto del consumo de sustancias como de la sensibilidad a la ansiedad. Levin, Lillis, Seeley, Hayes, Pistorello y Biglan (2012) encuentran en una muestra de estudiantes universitarios que aquellos que presentaban abuso o dependencia de alcohol puntuaban más alto en EE que aquellos que no presentaban problemas de bebida; la EE predecía los problemas relacionados con el alcohol y mediaba la relación entre malestar psicológico y problemas de bebida. Minami, Bloom, Reed, Hayes y Brown (2014) encuentran que la EE (específicamente referida a la abstinencia de nicotina) moderaba la relación entre las ganas de fumar y la conducta efectiva de fumar en pacientes en tratamiento por tabaquismo, lo que

sugeriría que aquellos pacientes con mayor EE se beneficiarían de intervenciones dirigidas a disminuir este proceso.

La EE también se ha mostrado como una variable relevante a la hora de predecir el curso del tratamiento en drogodependientes. Daughters, Lejuez, Bornovalova, Kahler, Strong y Brown (2005) encontraron que una baja tolerancia al malestar psicológico (no así físico) era predictor de un abandono prematuro del tratamiento residencial para deshabituación de diversas sustancias. En un programa de manejo de contingencias para consumidores de cocaína, en el que el mantenimiento de la abstinencia era reforzado mediante la provisión de bonos canjeables, Stotts, Vujanovic, Heads, Suchting, Green y Schmitz (2014) encuentran que respondían mejor a la intervención aquellos sujetos con menor EE, por lo que el entrenamiento en estrategias adecuadas de regulación emocional podría ser un complemento adecuado al tratamiento.

Entre pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos que se encuentren abstinentes a heroína, la *“fobia a la desintoxicación”* puede dificultar el paso a una modalidad de tratamiento sin el agonista opiáceo (*“libre de drogas”*) (Milby *et al.*, 1994), pero existe evidencia de que una intervención basada en ACT para reducir la EE puede facilitar la desintoxicación de metadona (Stotts *et al.*, 2012). Existen asimismo evidencias del valor de ACT en el tratamiento de sujetos consumidores de alcohol (Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry, 2003), cocaína (Marín Romero, 2006), marihuana (Twohig, Shoenberger y Hayes, 2007), anfetaminas (Smout, Longo, Harrison, Minniti, Wickes y White, 2010) y policonsumidores en mantenimiento con metadona (Hayes *et al.*, 2004). Se ha visto también su utilidad al ser aplicada en un entorno penitenciario (Villagrà Lanza y González Menéndez, 2013), en casos de tabaquismo (Gifford *et al.*, 2004; Gifford *et al.*, 2011) y en la reducción del estigma interno y la vergüenza en sujetos drogodependientes (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting y Rye, 2008; Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, 2012).

Palm (2007, pp. 254 – 255) y Wilson y Hayes (2000) explican de qué manera la RFT puede dar cuenta del papel central de la EE en el desarrollo y mantenimiento de

los problemas por consumo de sustancias, y Luoma *et al.* (2011) presentan un instrumento específico para la evaluación de la EE en esta población.

A pesar de la relevancia de la EE en el campo clínico en general, y en los problemas por consumo de sustancias en concreto, y a pesar del desarrollo del estudio de la CV en drogodependientes (como se ha visto en el apartado anterior), no se han encontrado trabajos que relacionen directamente la EE con la CV en esta población (Luoma *et al.*, 2011, muestran que una mayor EE se relaciona con menor autoestima y apoyo social, y mayores depresión, estigma y vergüenza, pero en ese trabajo no se tomaron medidas específicas de CV).

Se entiende que la EE podría ser una variable predictora relevante en el estudio de la CV en pacientes dependientes de heroína en tratamiento con metadona, que es el tema en que se centra la parte empírica de este trabajo.

PARTE II. TRABAJO EMPÍRICO

3. Objetivos e hipótesis

Para el diseño del presente trabajo empírico, se han tenido en cuenta las conclusiones de la anterior revisión bibliográfica acerca del estudio de la CV(RS) en pacientes drogodependientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos; principalmente, se parte para este trabajo del hallazgo del escaso interés que han recibido variables específicamente psicológicas (repertorios personales de los pacientes) en su papel en la CV de esta población, así como de la importancia de la EE como variable relevante explicativa del malestar emocional y el bienestar psicológico en una amplia variedad de poblaciones, incluida la drogodependiente.

Desde la perspectiva contextual-funcional se puede entender la toma de metadona como una topografía de comportamiento susceptible de cumplir alternativamente la función de EE (el paciente toma metadona principalmente como una manera de evitar, escapar o controlar determinados eventos privados aversivos, tales como sintomatología de abstinencia a opiáceos, ansiedad o pensamientos relacionados con la posibilidad de una recaída si no se mantiene en tratamiento) o bien la función de conducta dirigida a valores (el paciente toma la metadona porque es algo que le permite conseguir objetivos personales valiosos, tales como mejorar relaciones personales, buscar empleo o resolver sus problemas con la justicia). Para el presente trabajo, se ha planteado evaluar el grado de EE no sólo de manera genérica mediante los instrumentos estandarizados oportunos, sino además de forma específica en el comportamiento de mantenerse en tratamiento con metadona.

Dado también que los estudios revisados mostraban que los beneficios del tratamiento con metadona tenían lugar principalmente durante los primeros meses después de iniciado, estabilizándose a partir de ahí las mejorías en CV(RS), se ha decidido para este trabajo dejar pasar ese momento inicial y estudiar a pacientes que llevaran al menos un año en tratamiento. De esta manera, no se espera que los efectos diferenciales de llevar poco tiempo tomando metadona puedan de alguna manera añadir confusión al análisis de datos.

3.1. Objetivos

El *objetivo general* de esta investigación es determinar el nivel de Calidad de Vida en pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos, así como estudiar qué variables resultan predictoras de dicha CV; especial interés se tendrá en determinar el papel que tiene la Evitación Experiencial sobre dicha CV.

Este objetivo general se desglosa a su vez en los siguientes *objetivos específicos*:

1. Identificar las características fundamentales de los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos, considerando:
 - a. Variables sociodemográficas.
 - b. Variables relacionadas con el consumo.
 - c. Variables clínicas asociadas: salud física, salud mental, ajuste social.
 - d. Variables relacionadas con el tratamiento.
2. Analizar la Evitación Experiencial en pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos.
3. Analizar las variables predictoras de la Calidad de Vida en pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos, teniendo en cuenta:
 - a. Variables sociodemográficas.
 - b. Variables relacionadas con el consumo.
 - c. Variables clínicas asociadas: salud física, salud mental, ajuste social.
 - d. Variables relacionadas con el tratamiento.
4. Analizar de manera específica la relación entre Evitación Experiencial y Calidad de Vida en pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos.

Como *objetivo complementario* se plantea el desarrollo de un instrumento para la evaluación de la función de la toma de metadona en los pacientes, considerando Evitación Experiencial vs. Valores.

3.2. Hipótesis

De acuerdo a estos objetivos, se plantea contrastar las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1. Los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos mostrarán:
 - H_{1.1}. Bajos niveles de consumo de sustancias. En concreto, se espera que los índices generales de gravedad del consumo se mantengan a niveles bajos; asimismo, se espera que el consumo reciente de opiáceos sea también bajo o inexistente; por otro lado, se espera que el consumo reciente de otras sustancias sea también bajo, pero no necesariamente tan bajo como el consumo de opiáceos.
 - H_{1.2}. Asistencia regular a citas con profesionales (al menos, 1/mes con algún profesional del centro).
 - H_{1.3}. Bajos niveles de salud física.
 - H_{1.4}. Bajos niveles de salud mental.
 - H_{1.5}. Altos niveles en problemas de ajuste social.
- Hipótesis 2. Los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos mostrarán niveles elevados de Evitación Experiencial.
 - H_{2.1}. Las puntuaciones en las escalas de Evitación Experiencial serán elevadas.
 - H_{2.2}. La función de la toma de metadona será predominantemente de Evitación Experiencial (vs. Valores).
- Hipótesis 3. La calidad de vida de los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos se relacionará con variables

sociodemográficas, relacionadas con el consumo, clínicas y relacionadas con el tratamiento. En concreto:

- H_{3.1}. Respecto a las variables sociodemográficas, se espera que el ser mujer y tener una mayor edad sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - H_{3.2}. Respecto a las variables relacionadas con el consumo, se espera que una mayor problemática de consumo en el momento de la evaluación sea predictora de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - H_{3.3}. Respecto a las variables clínicas asociadas relacionadas con la salud física, se espera que un mayor deterioro de la salud física (i.e. más patologías orgánicas y/o peor estado general de salud) sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - H_{3.4}. Respecto a las variables clínicas asociadas relacionadas con la salud mental, se espera que un mayor deterioro en la salud mental (i.e. presencia de diagnóstico psiquiátrico y/o malestar emocional) sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - H_{3.5}. Respecto a las variables de ajuste social, se espera que un peor ajuste social sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - H_{3.6}. Respecto a las variables relacionadas con el tratamiento, se espera que la calidad de vida de los pacientes no se vea afectada por el tiempo de duración del tratamiento ni por la dosis de metadona.
 - H_{3.7}. Respecto a las variables relacionadas con el tratamiento, se espera que una mejor calidad de vida esté relacionada con una mayor asistencia a citas con profesionales.
- Hipótesis 4. La calidad de vida de los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos se relacionará con la Evitación Experiencial. En concreto:

- H_{4.1}. Se espera que una mayor Evitación Experiencial sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - H_{4.2}. Se espera que aquellos pacientes para los que la toma de metadona tenga una función predominante de evitación experiencial (vs. Valores) muestren una peor calidad de vida que aquellos para quienes la toma de metadona tenga una función predominante de valores (vs. Evitación experiencial).
- Hipótesis 5: El instrumento de evaluación de la función de la toma de metadona se relacionará con otras medidas de Evitación Experiencial. Más en concreto:
- H_{5.1}. El grado en que la toma de metadona tiene función de Evitación Experiencial se relacionará con otras medidas de Evitación Experiencial.
 - H_{5.2}. La función predominante de la toma de metadona (Evitación Experiencial vs. Valores) discriminará entre puntuaciones en otras medidas de Evitación Experiencial.

4. Método

4.1. Participantes

Se recogió la muestra en el Centro de Atención Integral a los Drogodependientes (CAID) ESTE, situado en el barrio de San Blas en Madrid.

Se trata de un centro público perteneciente a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y gestionado desde su apertura en agosto de 1988 por la empresa Grupo Éxter S. A. En este centro se presta atención de manera gratuita a aquellas personas que presenten un problema de dependencia de sustancias. Los pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, educadores sociales, personal de enfermería y personal de farmacia. El autor de este trabajo desarrolla su actividad profesional como psicólogo clínico en este dispositivo.

Desde su apertura hasta el 31 de diciembre de 2014 se han abierto un total de 8.890 historias clínicas. En el año 2014, el CAID ESTE atendió a un total de 1.213

pacientes, de los cuales 432 (35,61%) recibían tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos.

Los participantes del estudio debían cumplir los siguientes *criterios de inclusión*:

- Tener más de 18 años.
- Presentar diagnóstico DSM-IV-TR²² de Dependencia de opiáceos.
- Encontrarse recibiendo tratamiento con metadona en el CAID ESTE y llevar recibiendo este tratamiento durante al menos un año.
- Acudir con regularidad a la recogida del tratamiento, esto es, de acuerdo con la prescripción de los profesionales del centro y sin un historial de ausencias injustificadas.
- Acceder a participar en el estudio.

Los *criterios de exclusión* que se utilizaron fueron los siguientes:

- Analfabetismo o alguna otra incapacidad funcional que impida completar adecuadamente la entrevista o los instrumentos de evaluación.
- Presentarse intoxicados a la evaluación.
- No presentarse a la cita para participar en el estudio, de manera no justificada, al menos en tres ocasiones.

En el momento de comenzar el estudio, había en el centro un total de 232 pacientes que llevaban en tratamiento con metadona al menos un año. Se elaboró un listado de estos pacientes ordenado aleatoriamente (se usó para ello el generador de números aleatorios de la página web <http://www.randomization.com/>); se seleccionó a los 100 primeros como la muestra para el trabajo, y se procedió a estudiar si cumplían los criterios de inclusión y, en caso afirmativo, solicitar su participación voluntaria en el estudio (normalmente esta aproximación se realizaba a través de los

²² La mayor parte de este estudio se diseñó y desarrolló con anterioridad a la publicación del DSM-5 en mayo de 2013.

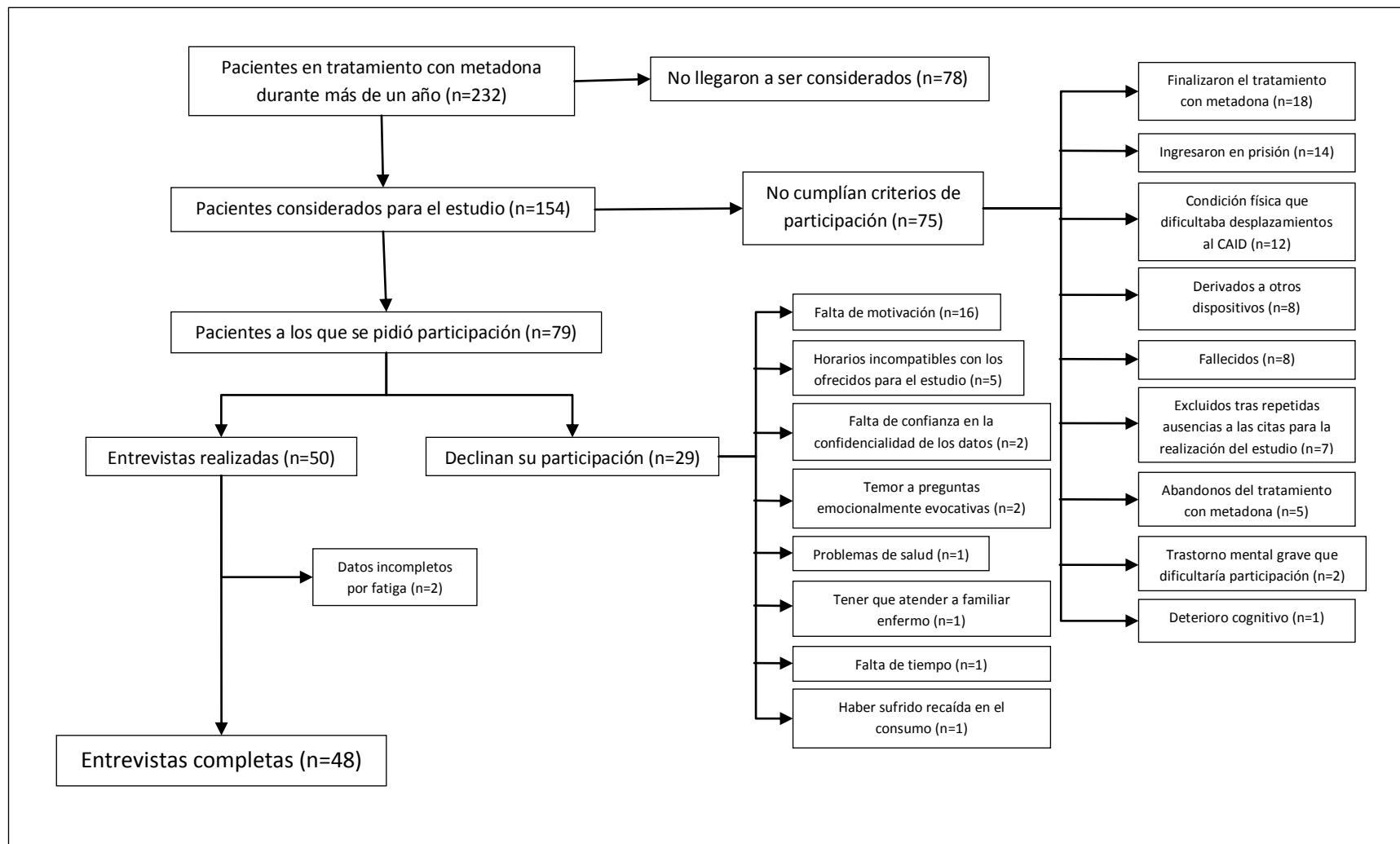


Figura 4.1. Evolución de la selección de la muestra

profesionales de referencia de los pacientes). En caso de que un paciente fuera excluido o declinara su participación, se incluía en la muestra al siguiente sujeto de la lista aleatoria.

De esta manera, fue posible aproximarse a un total de 154 sujetos (66,4% de los que llevaban al menos un año en tratamiento con metadona) durante el tiempo que duró la fase de recogida de muestra (marzo de 2012 – febrero de 2014). El motivo por el que no fue posible abordar a un número mayor de pacientes durante este periodo tiene que ver con que los pacientes atendidos en el CAID presentan diferente grado de implicación y adherencia con la intervención y sus profesionales; a algunos de estos pacientes se pudo acceder antes que a otros, quedando otros a los que no se consiguió abordar en este periodo con los medios de los que se disponía.

Además, se observó que, de manera no prevista, un número considerable de casos verbalizaba inicialmente estar de acuerdo en participar en el estudio, llegando a concertarse una cita, pero que finalmente cancelaban o a la que directamente no acudían. Contactados estos pacientes con posterioridad, la mayoría continuaba mostrando interés en participar en el estudio, de manera que se les volvía a concertar una cita, para nuevamente no presentarse. En algunos casos esta dinámica se repitió en varias ocasiones, lo cual conllevó que el paciente fuera excluido del estudio. Esta dinámica ralentizó el ritmo con que se pudo ir reclutando muestra y movilizándolo, mediante exclusiones y nuevas inclusiones del listado de suplentes, la composición del muestreo.

De los 154 pacientes a los que sí se pudo considerar durante el tiempo que duró la fase de recogida de muestra, 75 (48,7%) fueron excluidos por diversos motivos, al no cumplir los criterios mínimos para participar. A los 79 restantes se les solicitó su colaboración en el estudio; 29 (36,7%) decidieron no hacerlo argumentando distintas razones. Se realizaron un total de 50 entrevistas, de las cuales hubo que eliminar 2 por estar incompletas debido a fatiga del sujeto. La muestra final estuvo compuesta por 48 sujetos. La figura 4.1. muestra la evolución en la selección de la muestra.

4.2. Diseño y variables

Se trata de un diseño correlacional transversal, con un único momento de medida. La principal variable dependiente es la Calidad de Vida.

Se plantea el siguiente listado de posibles variables predictoras (tabla 4.1.):

Tabla 4.1. Posibles variables predictoras e instrumentos	
Variables	Instrumentos
Datos sociodemográficos	
Edad	ASI 6 (sección de “Información general” y 1 ítem sobre situación laboral de la escala “Empleo/Recursos”)
Género	
Estado civil	
Situación laboral	
Variables del consumo de sustancias	
Gravedad del consumo de sustancias	ASI 6 (escalas de gravedad de Alcohol y Drogas)
Diagnóstico de otros problemas de consumo de sustancias	Historia clínica y registros del CAID
Variables relacionadas con el tratamiento	
Duración del tratamiento	Documento de historia clínica y registros del CAID
Realización de tratamientos anteriores	
Fase del tratamiento (mantenimiento vs. reducción)	
Dosis actual de metadona (sólo los que estén en fase de mantenimiento)	
Dosis de inicio del tratamiento	
Dosis más alta en la que se ha estado	
Previsión sobre el futuro del tratamiento (mantenerse sin cambios o contemplar descenso de dosis o desintoxicación total en el futuro)	
Asistencia a citas con los profesionales del CAID	
Realización de controles toxicológicos y resultados de los mismos	
Salud física	
Patología orgánica: diagnóstico y comorbilidad	ASI 6 (Ítems de la sección de Salud Física)
Estado general de salud	ASI 6 (escala de gravedad de Salud Física) SF-12v2 (Componente de Salud Física)

Tabla 4.1. (cont.) Posibles variables predictoras e instrumentos	
Variables	Instrumentos
Salud mental	
Patología psiquiátrica diagnosticada	Historia clínica y registros del CAID
Salud mental general	ASI 6 (escala de gravedad de Salud Mental) SF-12v2 (Componente de Salud Mental)
Malestar emocional	HAD (subescalas de Ansiedad y Depresión)
Gravedad de los problemas de ajuste social	
Empleo/Recursos económicos	ASI 6 (escala de gravedad de Empleo/Recursos)
Problemas legales	ASI 6 (escala de gravedad Legal)
Problemas sociales	ASI 6 (escala de gravedad Problemas Sociales)
Apoyo Social	ASI 6 (escala de Apoyo Sociales)
Evitación Experiencial	
Evitación Experiencial	AAQ AAQ-SA
Función de la toma de metadona (Valores vs. EE)	Instrumento de elaboración propia

4.3. Materiales e instrumentos

Se recogió información principalmente de dos fuentes:

- Batería de instrumentos heteroaplicados: en la que se incluía la entrevista estructurada ASI 6 y diversos cuestionarios (SF 12v2, HAD, AAQ, AAQ-SA, Evaluación de la función de la toma de metadona). Esta batería se administraban cara a cara al paciente en una única ocasión; de manera excepcional, existía la posibilidad de que el paciente completara algunos de los instrumentos en su casa y los devolviera al centro a lo largo de la semana.
- Datos de la historia clínica del sujeto y registros del CAID, relativos a variables propias del tratamiento: diagnósticos, tiempo atendido, dosis de metadona, asistencia a citas con profesionales y a controles toxicológicos...

A continuación se describe pormenorizadamente cada una de las pruebas incluidas en la batería, las cuales se presentan siguiendo el orden de aplicación. Estas pruebas se incluyen en el Apéndice I.

4.3.1. Entrevista estructurada y batería de cuestionarios

4.3.1.1. Índice de Gravedad de la Adicción, versión 6 (Addiction Severity Index – ASI)

El ASI es uno de los instrumentos más desarrollados y de uso más extendido en el campo de las adicciones (McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006). Su primera versión publicada (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980) se remonta a hace más de treinta años²³.

Se trata de una completa entrevista estructurada que recoge información de diversas áreas de la vida del paciente, tanto aquellas más directamente relacionadas con el consumo de tóxicos como otras áreas igualmente relevantes tales como la salud física, la situación laboral y económica, los problemas sociales y familiares, los problemas legales o la salud mental.

Para cada área se recoge información objetiva (por ejemplo, frecuencia de consumo en el último mes) así como la valoración subjetiva acerca del grado de preocupación o de necesidad de ayuda que el paciente percibe en esa área.

Para este trabajo se ha utilizado la versión 6 del instrumento (Cacciola, Alterman, Habing y McLellan, 2011, traducido y adaptado al castellano por Bobes *et al.*, 2007), que incorpora las siguientes mejoras respecto de versiones anteriores: inclusión de ítems de cribado con reglas de escape que permiten acortar el tiempo de la entrevista si el paciente no presenta problemas en un área; definiciones más operativas para la evaluación y la puntuación; desarrollo de instrumentos de seguimiento telefónicos o autoaplicados; así como incorporación de contenidos relativos a consumo de tabaco, juego patológico, órdenes de alejamiento, custodia de menores y experiencias de victimización (Bobes *et al.*, 2007, p. 77).

²³ Esta primera versión publicada, no obstante, se refiere a la tercera versión desarrollada del ASI, según cuentan McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise (2006).

El ASI 6 permite además el cálculo de puntuaciones objetivas mediante la aplicación de un complejo algoritmo basado en la Teoría de la Respuesta al Ítem No Paramétrica (Cacciola *et al.*, 2011); dichas puntuaciones serían indicativas de la gravedad de los problemas de los pacientes en las distintas áreas que recoge la entrevista.

Contar con un algoritmo objetivo de cálculo de puntuación en las diferentes escalas supone una notable mejoría sobre versiones anteriores del ASI (p. ej. el ASI 5, McLellan *et al.*, 1992, y su adaptación europea, el EuropASI, Kokkevi y Hartgers, 1995), en las que era el propio evaluador, debidamente formado, quien asignaba dicha puntuación a cada área en función de su impresión subjetiva sobre las respuestas del paciente; no obstante, para estas versiones anteriores se desarrollaron también algoritmos que permitían obtener puntuaciones objetivas con fines de investigación (Koeter y Hartgers, 1997; McGahan, Griffith, Parente y McLellan, 1986).

Sobre una muestra de 217 pacientes, la versión española del ASI 6 ha arrojado valores α de Cronbach que oscilan entre 0,47 (escala Legal) y 0,95 (escala Pareja-apoyo); 7 escalas primarias (de 9) y 4 escalas secundarias (de 6) ofrecían valores α iguales o superiores a 0,70 (Díaz Mesa *et al.*, 2010). No obstante, el algoritmo de corrección con que se han obtenido estos valores requeriría de ajustes posteriores y no podría considerarse como finalizado (J. Bobes, comunicación personal, 21 de julio 2014), por lo que no ha podido utilizarse en este estudio; en su lugar, se ha optado por elaborar un algoritmo propio de corrección.

Para ello, se ha recurrido a la metodología de cálculo de puntuaciones objetivas utilizado en versiones anteriores del ASI (Koeter y Hartgers, 1997; McGahan *et al.*, 1986). Dicho método de cálculo consiste, en líneas generales, en lo siguiente: como paso previo, se realizan las transformaciones oportunas para que valores elevados en cada ítem indiquen mayor gravedad del problema; después, para cada ítem que forme parte de una escala (por ejemplo, problemas legales), se divide primero su valor entre el valor máximo que puede obtenerse en ese ítem (aquellos ítems que no cuentan con un valor máximo, por ejemplo “dinero gastado en droga”, requerirían de una transformación logarítmica); seguidamente se divide el resultado entre el número de

ítems que compondrían dicha escala, y se suman todos los ítems; finalmente, se multiplica el valor resultante por 100.

Este procedimiento permite obtener puntuaciones para cada escala de 0 a 100, siendo por lo general las puntuaciones más elevadas indicativas de mayor gravedad del problema²⁴.

Siguiendo esta metodología y partiendo de un algoritmo que incluyera los ítems que formaban parte de la escala en la versión original del ASI 6 (Cacciola *et al.*, 2011), se fueron añadiendo o quitando ítems en función de los valores α de consistencia interna obtenidos y las correlaciones significativas que se obtuvieran en el sentido esperado con otros instrumentos utilizados en el estudio.

Dado que el consumo de cannabis no era en general considerado problemático por los pacientes de la muestra, se calculó un valor alternativo para la escala de consumo de drogas que excluía la información sobre el consumo de esta sustancia. La tabla 4.2. muestra los valores de consistencia interna (α de Cronbach) obtenidos en la muestra del estudio. Los valores oscilan entre 0,611 y 0,977, situándose la mayoría por encima de la valor de 0,7, convencionalmente considerado como “aceptable” (Nunnally, 1978, p. 245), y tres escalas por debajo de ese rango (“Problemas sociales”, “Apoyo social” y “Empleo y Recursos”, con valores de 0,611, 0,639 y 0,654 respectivamente).

²⁴ La única excepción en el ASI 6 sería la escala “ASI – Apoyo Social”, en la que puntuaciones más elevadas serían indicativas de mayor apoyo.

Tabla 4.2. Consistencia interna y composición de las escalas del ASI (n=48)	
Escalas de gravedad del ASI (0-100)^a	α de Cronbach
Salud Física (7 ítems)	0,773
Ítems: A3b (noches en hospital en el último mes); SF19 (valoración de la salud física en el último mes); SF20 (días en que tuvo algún problema de salud física en el último mes); SF21 (días en que fue incapaz de realizar su actividad habitual por un problema de salud física en el último mes); SF22 (valoración del malestar físico en el último mes); SF23 (grado de preocupación por salud física en el último mes) y SF24 (importancia de tratamiento médico actual).	
Empleo y recursos (5 ítems)	0,654
Ítems: E10 (situación laboral actual); E19 (días en que trabajó remuneradamente en el último mes); E20 (sueldo bruto en el último mes); E34 (llevar más de un mes de retraso en pagos habituales); E36 (tener suficientes ingresos para necesidades básicas).	
Alcohol (11 ítems)	0,855
Ítems: D13 (días en que ha bebido alcohol en el último mes); D14 (hace cuántos días bebió por última vez); D15 (cuántos días en el último mes ha bebido 4-5 bebidas en un mismo día); D16 (dinero gastado en alcohol en el último mes); D17 (presentar síndrome de abstinencia de alcohol en el último mes); D18 (problemas para controlar consumo de alcohol en el último mes); D19 (repercusiones negativas del consumo de alcohol en el último mes); D20 (vivencia de ganas de beber como problema); D21 (días en que ha experimentado esas dificultades en el último mes); D22 (preocupación asociada a esos problemas); D23 (importancia de tratamiento o ayuda para dejar de beber).	
Drogas (12 ítems)	0,898
Drogas (excluyendo CNN) (12 ítems)	0,930
Ítems: Sumatorio de los días en que se han consumido distintas sustancias en el último mes; Número de sustancias distintas consumidas en el último mes; D39 (días en que se ha consumido en el último mes); D40 (hace cuántos días consumió por última vez); D41 (dinero gastado en drogas en el último mes); D42 (presentar síndrome de abstinencia de drogas en el último mes); D43 (problemas para controlar consumo de droga en el último mes); D44 (repercusiones negativas del consumo de drogas en el último mes); D45 (vivencia de ganas de consumir como problema); D46 (días en que ha experimentado esas dificultades en el último mes); D47 (preocupación asociada a esos problemas); D48 (importancia de tratamiento o ayuda para dejar de consumir).	

Tabla 4.2. (cont). Consistencia interna y composición de las escalas del ASI (n=48)	
Escalas de gravedad del ASI (0-100)^a	α de Cronbach
Situación legal (5 ítems)	0,802
Ítems: E29 (dinero recibido por actividades ilegales en el último mes); L26a – L28 a (días en que se ha vendido o fabricado drogas, robado o cometido algún otro delito contra la propiedad en los últimos 6 meses); L31 (días en que se ha estado involucrado en algún delito en los últimos 30 días).	
Problemas sociales (4 ítems)	0,611
Ítems: F6 – F7 (haber tenido algún problema de relación o alguna discusión con alguien en el último mes); F14 (preocupación por problemas de relación en el último mes); F15 (importancia de posible ayuda para mejorar problemas de relación).	
Apoyo social (4 ítems)	0,639
Ítems: F3 – F5 (haber pasado tiempo, tenido algún contacto o hablado sobre sentimientos o problemas con alguien); F9 (poder contar con apoyo en caso de problemas).	
Problemas de atención a la infancia (5 ítems) (n=16)^b	0,977
Ítems: F46 (convivir con niños con problemas médicos o que requieran atención); F47 (necesidad de servicios adicionales para tratar problemas de los niños); F48 (dificultades en la relación con los niños); F49 (importancia de asesoramiento para atender a los niños); F50 (necesidad de ayuda adicional con los niños para poder desempeñar actividad habitual).	
Salud Mental (17 ítems)	0,833
Ítems: A4b (noches en unidad psiquiátrica en el último mes); F38-F39 (molestia y necesidad de asesoramiento para el manejo de sintomatología postraumática); P8-P17 (días en que se han experimentado diversos síntomas o problemas emocionales concretos en el último mes); P18 (días en que se han experimentado algún malestar emocional general en el último mes); P19 (días en que fue incapaz de realizar su actividad habitual por un problema de salud mental en el último mes); P20 (molestia y preocupación sobre estos problemas en el último mes); P21 (importancia de tratamiento psicológico).	
^a En las escalas del ASI, puntuaciones mayores indican mayor gravedad del problema, salvo en la escala de “Apoyo Social”, en la que puntuaciones mayores indican mayor apoyo.	
^b Esta escala sólo se calcula para aquellos sujetos que conviven con menores de edad.	

En su versión original (Díaz Mesa *et al.*, 2010), el ASI no ofrece puntos de corte para clasificar las puntuaciones en categorías en función de la gravedad, y el hecho de haber tenido que elaborar un algoritmo propio para este estudio hace que no sea posible la comparación de resultados con los datos obtenidos en otros trabajos.

4.3.1.2. Escala de Calidad de Vida en Usuarios de Drogas Inyectadas (*Injection Drug User Quality Of Life Scale* – IDUQOL)

El IDUQOL (Brogly *et al.*, 2003; Hubley, Russell y Palepu, 2005) es un instrumento para evaluar Calidad de Vida en Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVPs), si bien las adaptaciones españolas (Iraurgi, 2008; Iraurgi y Corcuera, 2008; Morales-Manrique *et al.*, 2007) se han realizado en muestras de usuarios de drogas por cualquier vía de administración.

La presentación inicial del instrumento (Brogly *et al.*, 2003) apostaba por una forma de aplicación en la que el usuario podía elegir cuáles eran los 5 aspectos de la Calidad de Vida que le resultaran personalmente más relevantes (de un total de 17 aspectos posibles, representados cada uno de manera gráfica mediante una tarjeta) para, además, ponderar dicha importancia mediante el reparto de 25 puntos entre las cinco áreas seleccionadas; finalmente, el usuario otorgaba una puntuación entre 0 y 100 a cada área, en función de su estado y funcionamiento actual.

Este formato inicial de aplicación fue posteriormente simplificado por Hubley *et al.* (2005), quienes eliminaron la asignación de pesos diferentes a cada área y pasaron a un formato de respuesta en escala Likert 1 – 7, en la que puntuaciones más altas indicaban mayor satisfacción con cada aspecto de la Calidad de Vida.

La adaptación española de Iraurgi (2008) se ha llevado a cabo con una muestra de pacientes en tratamiento con metadona para la Dependencia de opiáceos (n=100). Presentó un valor α de Cronbach de 0,92, así como correlaciones significativas ($p < 0,05$) que oscilan entre 0,32 y 0,59 con las dimensiones e índices sumarios del SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), y correlaciones significativas ($p < 0,05$) de 0,61 y 0,58 respectivamente con la escala visual analógica y el índice compuesto del EQ-5D (un cuestionario genérico de Calidad de Vida Relacionada con la Salud; Badía, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999). El formato final de aplicación consiste en un listado de 22 ítems en los que los sujetos valoran en escala Likert 1 – 7 su satisfacción con diversos aspectos. El instrumento ofrece una única puntuación global como índice general de la CV.

De cara al cálculo de esta puntuación, Iraurgi (2008) asigna pesos a la puntuación de cada ítem en función de la importancia subjetiva que tenga para el paciente; aquí, sin embargo, se ha seguido el sistema de Hubley *et al.* (2005), quienes prescinden de la ponderación de ítems, ya que este procedimiento no parece aportar al mejor funcionamiento de la escala (Philip, Merluzzi, Peterman y Cronk, 2009; Russell, Hubley, Palepu y Zumbo, 2006). Así, la puntuación del IDUQOL se deriva directamente de la suma de puntuaciones de cada uno de los ítems, con valores que oscilan en un rango entre 22 y 154, siendo los valores mayores indicativos de una mayor CV (ninguna de las referencias sobre este instrumento ofrece puntos de corte para clasificar a los usuarios en categorías según la puntuación).

En este estudio, el índice α de Cronbach de consistencia interna ha sido 0,761, lo que entra dentro del rango “acceptable” (Nunnally, 1978, p. 245).

4.3.1.3. Cuestionario de Aceptación y Acción (*Acceptance and Action Questionnaire* – AAQ)

El AAQ (Hayes *et al.*, 2004) es un instrumento breve dirigido a evaluar Evitación Experiencial. Consiste en 9 ítems con formato de respuesta Likert 1 – 7, en el que el paciente debe mostrar su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de frases con contenidos acerca de creencias y acciones que muestran un funcionamiento de evitación experiencial (p. ej., “*Mis sentimientos no me dan miedo*”, u “*Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida*”). Una versión de 16 ítems aplicada a una muestra no clínica (n=290) obtuvo una fiabilidad test-retest de 0,64 con un intervalo de 4 meses entre medidas.

Para este trabajo se ha utilizado la adaptación española de Barraca (2004)²⁵, que ha mostrado un coeficiente α de Cronbach de 0,74 y un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,71 (este último sobre una submuestra de 42 sujetos y un intervalo temporal de 5 – 6 semanas), así como correlaciones significativas en el sentido esperado con medidas de depresión, ansiedad, trastorno límite de personalidad y

²⁵ Durante la realización del presente trabajo, todavía no se encontraba disponible la adaptación a población española del AAQ-2 (Ruiz *et al.*, 2013), que mejora las propiedades psicométricas del AAQ original (Bond *et al.*, 2011).

personalidad obsesiva. Ofrece puntuaciones que oscilan entre 9 y 63, siendo los valores mayores indicativos de mayor EE (no hay puntos de corte establecidos).

En este estudio, se ha obtenido un valor α de consistencia interna de 0,568 (n=46, pues fue preciso descartar un cuestionario por incompleto, y además otro sujeto no devolvió el instrumento relleno). Esto es congruente con los hallazgos de peores valores de consistencia interna de este instrumento en población drogodependiente (Luoma *et al.*, 2011).

4.3.1.4. Cuestionario de Aceptación y Acción para Abuso de Sustancias (*Acceptance and Action Questionnaire – Substance Abuse*; AAQ-SA)

Ante la poca bondad psicométrica del AAQ original en población drogodependiente, Luoma *et al.* (2011) elaboran un instrumento específico para evaluar Evitación Experiencial en esta población. El AAQ-SA presenta el mismo formato de respuesta que el AAQ (escala Likert 1 – 7) y cuenta con 18 ítems. Permite obtener tanto una puntuación general de Evitación Experiencial como dos factores independientes (compuestos por 9 ítems cada uno): “Compromiso con valores” (relativa a la capacidad para actuar hacia metas y valores incluso en presencia de experiencias privadas difíciles) y “Aceptación defusionada” (capacidad de mantenerse en contacto con experiencias privadas no deseadas, de manera que éstas no supongan problemas de funcionamiento al paciente). Por una cuestión azarosa, los ítems de cada una de las escalas puntúan en sentido inverso a los de la otra.

En su versión original, este instrumento presenta un valor α de Cronbach de 0,85 para la escala global, y de 0,82 y 0,84 para las subescalas de “Compromiso con valores” y “Aceptación defusionada” respectivamente.

Para este trabajo, se recurrió a una traducción propia de la escala, cuya traducción inversa, realizada por un nativo español con estudios de Filología Inglesa, fue revisada hasta en dos ocasiones por uno de los autores originales²⁶. En la batería diseñada en este estudio, los ítems del AAQ-SA se presentaron inmediatamente a

²⁶ Se agradece a Jason Luoma, de la Clínica de Psicoterapia de Portland, el tiempo dedicado a revisar las traducciones inversas castellano-inglés de la escala para este trabajo, así como sus valiosas aportaciones. Se agradece igualmente a Margarita Hornillos por la revisión y traducción de los ítems del castellano al inglés.

continuación que los del AAQ, como si todos los ítems formaran parte de un mismo instrumento.

El rango de puntuaciones posibles es de 19 – 133 para la escala global y de 9 – 63 para cada una de las subescalas. Las puntuaciones se transforman de manera que, tanto para la escala global como para cada una de las subescalas, puntuaciones mayores fueran indicativas de mayor EE y mayor rigidez en las áreas de “Compromiso con valores” y “Aceptación defusionada”. De esta manera, y para evitar confusiones, las subescalas pasarían realmente a llamarse “(Falta de) Compromiso con valores” y “(Falta de) Aceptación defusionada” Los autores no ofrecen puntos de corte.

En esta muestra (n=46, pues fue preciso descartar un cuestionario por incompleto, y además otro sujeto no devolvió el instrumento relleno) se obtuvo un índice α de Cronbach de 0,817 para la escala completa; las subescalas de “(Falta de) Compromiso con valores” y “(Falta de) Aceptación defusionada” obtuvieron respectivamente valores α de 0,625 y 0,86, que mejoran efectivamente los del AAQ en este estudio; la escala de “(Falta de) Compromiso con valores” queda algo por debajo de los valores obtenidos en la versión original y del umbral convencional de 0,7 considerado aceptable (Nunnally, 1978, p. 245). Las dos subescalas del AAQ-SA no llegan a correlacionar entre sí de manera significativa en esta muestra (en el trabajo de Luoma *et al.*, 2011, la correlación entre ambas era baja: 0,26, $p < 0,001$). Sí se encuentra una correlación significativa entre el AAQ y el AAQ-SA (0,332; $p < 0,05$), que es algo menor de la encontrada por Luoma *et al.* (2011) (0,46; $p < 0,001$).

4.3.1.5. Evaluación de la función de la toma de metadona

Este instrumento se elaboró *ad hoc* para este trabajo con la finalidad de discriminar cuál sería la función conductual predominante para el paciente en la conducta de tomar metadona: Valores (porque tomar metadona sería parte de lo que hace el paciente para alcanzar objetivos personalmente relevantes a largo plazo) o Evitación Experiencial (porque tomar metadona estaría principalmente controlado por su efecto atenuante de pensamientos, emociones o sensaciones físicas con función aversiva), conforme al modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso planteado por Hayes *et al.* (1999, 2012).

Para la elaboración del instrumento, se redactaron 8 ítems con posibles razones por las que el paciente toma metadona; cuatro de esos ítems harían referencia a áreas valiosas de la vida del paciente (por ejemplo, mejorar relaciones familiares o cuidar mejor la propia salud), mientras que los otros cuatro aludirían a elementos de Evitación Experiencial (como no experimentar síndrome de abstinencia o tener mayor seguridad de no recaer en el consumo). El contenido de estos ítems se determinó en base a la experiencia clínica del autor de este trabajo atendiendo a esta población, lo cual permitía discernir *grosso modo* las motivaciones que controlaban normalmente el comportamiento de los pacientes en relación a la toma de metadona.

Diez trabajadores del CAID (4 Psicólogos Clínicos, 2 Farmacéuticas, 2 Trabajadoras Sociales, 1 Médico y 1 Enfermero) revisaron el contenido y redacción de estos ítems, así como los clasificaron según ellos entendieran que hacían referencia a valores o a evitación experiencial.

Con los comentarios y sugerencias obtenidos se elaboró el instrumento definitivo, consistente en 10 ítems (5 pertenecientes a la escala de valores y 5 pertenecientes a la de evitación experiencial) que fueron ordenados al azar.

La aplicación del instrumento abarca dos fases: una primera en la que el paciente señala cuáles de las 10 razones son las más relevantes para él a la hora de estar realizando tratamiento con metadona; inmediatamente después, el paciente selecciona las tres más relevantes y las ordena por orden de importancia.

La corrección del instrumento tiene en cuenta el tipo de razón (Valores vs. Evitación Experiencial) y el orden de importancia que se le ha asignado. Aquella elegida en primer lugar recibía una puntuación de 5, mientras que las elegidas en segundo y tercer lugar recibían puntuaciones de 3 y 1 respectivamente. El instrumento ofrecería dos puntuaciones, una para valores y otra para EE, que serían la suma de las puntuaciones obtenidas por uno u otro tipo de razón en función del lugar de importancia que se les hubiera asignado. Así, el rango de respuesta posible en cada escala sería 0 – 9, siendo forzoso que para un mismo paciente, una mayor puntuación en una de las escalas correspondería a una menor puntuación en la otra.

Durante la realización del estudio, se detectó la posibilidad de que la redacción de los ítems indujera un sesgo de respuesta en el sentido de incrementar las puntuaciones del factor de “Valores”, pues los ítems pertenecientes al mismo eran más largos y elaborados que los que se referían a “Evitación Experiencial”. Se optó por modificar el instrumento, en el sentido de elaborar más los ítems relativos a “Evitación Experiencial” y comparar posteriormente en el análisis de datos si existían diferencias significativas entre las respuestas de la primera versión, sin corregir, y la segunda, corregida.

Al no ser este un instrumento al uso (con ítems en formato Likert que se suman para obtener una puntuación total), no se ha calculado la consistencia interna por considerarse que este no es un estimador aplicable.

4.3.1.6. Cuestionario de Salud SF-12, versión 2 (*12 Item Short Form Health Survey*)

A principios de los años 90 se desarrolló en Estados Unidos el Cuestionario de Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study – MOS*). Se trata de un instrumento breve sobre estado de salud que permite distinguir hasta 8 índices que se agrupan en dos grandes dimensiones: Salud Física y Salud Mental. Es aplicable tanto a población general como a poblaciones específicas. Su facilidad de administración y la solidez de sus propiedades psicométricas hacen que éste sea uno de los instrumentos más utilizados en investigación para evaluar Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Vilagut *et al.* 2005).

Su versión abreviada SF-12 (Ware *et al.*, 1996) está compuesta por una selección de los 36 ítems originales y permite reducir su tiempo de aplicación a 1 – 2 minutos. Tanto el SF-12 como el SF-36 han sido utilizados habitualmente en estudios sobre la Calidad de Vida de dependientes de opiáceos (de Maeyer *et al.*, 2010); Iraurgi (2007) encuentra que el SF-12 reproduce las puntuaciones resumen del SF-36 sin demasiada pérdida de información al aplicarse a pacientes en tratamiento con metadona.

En este trabajo se ha utilizado la versión 2 del instrumento (Ware, Kosinski, Turner-Bowker y Gandek, 2002), en adaptación española de Alonso (2002). El SF-12v2, en su versión original, ha mostrado valores de consistencia interna²⁷ de 0,88 para el componente de Salud Física y de 0,82 para el componente de Salud Mental (Cheak-Zamora, Wyrwich y McBride, 2009). En España, se han calculado normas para la población de la región de Cataluña (Schmidt *et al.*, 2012), así como para población diabética y general de Murcia (Monteagudo Piqueras, Hernando Arizaleta y Palomar Rodríguez, 2009, 2011), pero ninguno de estos trabajos aportan datos de consistencia interna.

El rango de respuesta para las dos escalas del instrumento es 0 – 100 y no se ofrecen puntos de corte para clasificar los casos en categorías según la puntuación. Valores mayores son indicativos de un mejor estado de salud. En este estudio, la escala de Salud Física ha conseguido un valor α de 0,775 y la de Salud Mental ha obtenido un valor α de 0,766 (n=47; un paciente no devolvió el instrumento completo), en ambos casos en el rango considerado “aceptable” (Nunnally, 1978, p. 245), aunque algo más bajos que los encontrados en la versión en inglés por Cheak-Zamora *et al.* (2009) sobre una muestra de población general.

4.3.1.7. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*)

El HAD (Zigmond y Snaith, 1983) es un instrumento muy adecuado para detectar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con patología orgánica, sobre todo en aquellos casos en que los síntomas debidos a una enfermedad orgánica pudieran enmascarar sintomatología emocional. Consta de 14 ítems con 4 opciones de respuesta según la intensidad con que el paciente experimente un determinado síntoma. Ofrece una puntuación para la escala de Ansiedad y otra para la de Depresión.

Se ha elegido este instrumento en este trabajo por la probable presencia de patología orgánica en la muestra de pacientes drogodependientes en tratamiento con

²⁷ Estos autores utilizan el coeficiente α de Mosier (1943) en vez de la fórmula más habitual de Cronbach (1951).

metadona. En este trabajo se ha usado la adaptación de Caro e Ibáñez (1992), quienes ofrecen datos normativos en población española, tanto población general como con patología orgánica y/o mental.

El rango de puntuaciones en cada escala es de 0 – 21, siendo puntuaciones más altas indicativas de un mayor malestar emocional. Zigmond y Snaith (1983) proponen puntos de corte para indicar aquellos casos que presentan problemática clínica (puntuaciones iguales o superiores a 11 en cualquiera de las dos escalas) o son “casos dudosos” (puntuaciones en el rango 8 – 10).

El valor α de Cronbach para cada escala en este estudio (n=47; un paciente no devolvió el instrumento completo) ha sido de 0,865 para la escala de Ansiedad y de 0,629 para la escala de Depresión (esta última un poco por debajo del valor de 0,7 considerado como aceptable, Nunnally, 1978, p. 245).

4.3.1.8. Otras medidas referidas al tratamiento con metadona:

Además de estos instrumentos estandarizados, la batería de cuestionarios incluía tres ítems para evaluar:

- El grado percibido de utilidad actual del tratamiento con metadona: en una escala Likert 1 – 7 en el que 1 significaba “ninguna utilidad” y 7 indicaba “muy útil”.
- La intención que manifiesta el paciente respecto del futuro del tratamiento: mantenerse en tratamiento sin contemplar reducción de dosis o desintoxicación en el futuro cercano; iniciar reducción de dosis en algún momento del próximo año; iniciar reducción de dosis en algún momento de los próximos 3 meses; o estar actualmente en proceso de reducción de dosis.
- Número de episodios anteriores de tratamiento con metadona y la manera en que éstos habían finalizado (abandono del paciente o alta terapéutica por parte del centro prescriptor).

4.3.2. Historia clínica

Las variables recogidas de la historia clínica del paciente fueron las siguientes:

- Diagnóstico de drogodependencia del paciente según criterios DSM-IV-TR.
- Presencia o ausencia de diagnóstico de trastorno psiquiátrico además del de drogodependencia, así como tipo de trastorno en caso de haberlo (ansiedad, estado de ánimo, trastorno psicótico o trastorno de la personalidad), según criterios DSM-IV-TR.
- Fase del tratamiento con metadona en el momento de la realización de la entrevista (mantenimiento vs. reducción de dosis).
 - En caso de encontrarse el paciente en mantenimiento de dosis, se recoge la dosis actual, así como el tiempo (en semanas²⁸) que lleva en esa dosis.
 - En caso de encontrarse disminuyendo la dosis de metadona, se recoge el valor de la dosis estable desde la que inició el descenso, cuál es el ritmo de descenso (en mg./semana) y el tiempo que lleva reduciendo dosis.
- Dosis de inicio de tratamiento; dado que es habitual que los tratamientos comiencen con una fase de “inducción”, en la que la dosis de metadona va aumentando gradualmente cada pocos días hasta llegar a una dosis estable (en la que el paciente ya no experimentaría sintomatología de abstinencia), se entendía como “dosis de inicio de tratamiento” aquella en la que el paciente se mantiene estable por primera vez al menos 1 mes.
- Dosis más alta en la que se ha encontrado el paciente, así como si esta dosis coincide con la dosis inicial de tratamiento o si, por el contrario, el paciente ha requerido subidas posteriores de dosis después de la estabilización inicial.
- Pauta de recogida de la metadona: a diario en el CAID (y acudiendo el fin de semana a recoger al Metabús), a diario en el CAID (recogiendo el viernes las

²⁸ Para el cálculo de las semanas que está el paciente en descenso, así como del tiempo total de duración del actual tratamiento con metadona (más adelante), se consideró de manera convencional que cada mes estaba compuesto por 4 semanas.

dosis correspondientes al fin de semana), recogida 3 veces en semana (lunes, miércoles y viernes), recogida 2 veces en semana o recogida 1 vez a la semana.

- Lugar de recogida de la metadona: el propio CAID, el Metabús o una farmacia acreditada.
- Duración del actual tratamiento con metadona, en semanas.
- Número de citas con profesionales (médico, psicólogo clínico, trabajador social y otros) a las que se había acudido en el último mes y en los últimos 6 meses. Se tuvo en cuenta únicamente el número de citas que habían tenido los pacientes cara a cara con el profesional, no contabilizándose otro tipo de gestiones (por ejemplo, coordinaciones con otros profesionales o redacción de informes).
- Número de controles toxicológicos que se habían realizado en los últimos 6 meses, así como resultados de los mismos²⁹.

4.4. Procedimiento

Tanto la dirección del CAID ESTE como la Jefatura de Servicio de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga dieron su aprobación a la realización del estudio. La dirección del CAID ESTE, además, supervisó la redacción del consentimiento informado que debían firmar los pacientes para acceder a su participación en el estudio.

Antes de poner en marcha la recogida de datos, se llevó a cabo un estudio piloto con la finalidad de familiarizarse el entrevistador con la aplicación de la entrevista y los cuestionarios, así como detectar posibles dificultades relativas al orden de administración de los instrumentos o la comprensión de las instrucciones.

En este estudio piloto participaron 4 pacientes en tratamiento con metadona atendidos en ese momento por el autor del estudio y a los que se les ofreció la

²⁹ La(s) sustancia(s) que se buscan en un control toxicológico pueden variar de una ocasión a la siguiente; así, es posible que en una muestra de orina depositada en un control concreto se busquen sólo opiáceos, pero no cocaína, y viceversa, o que se busquen varias sustancias simultáneamente, según el criterio de los profesionales que atienden el caso.

oportunidad de participar voluntariamente. Los cuatro sujetos eran varones y tenían una edad media de 38,75 años (DT = 7,14). En esta pequeña muestra existía una gran variabilidad en relación al tiempo que llevaban en el actual tratamiento con metadona, siendo el valor mínimo de 27 semanas y el máximo de 655 semanas (M = 309,75 semanas; DT = 313,04) (para este estudio piloto no se tuvo en cuenta el criterio de inclusión de que el paciente llevara más de un año en tratamiento con metadona).

Los pacientes completaron en formato heteroaplicado el ASI, el IDUQOL, la evaluación de la función de la toma de metadona y dos preguntas relativas a la percepción de utilidad del tratamiento con metadona y a sus planes de futuro al respecto; en un cuadernillo separado, los pacientes se llevaban a casa para completar en formato autoaplicado el AAQ y el AAQ-SA, el SF12-v2 y el HAD. Todos los pacientes devolvieron el cuadernillo para completar en casa relleno, pero algunos manifestaron dificultades en la comprensión de algunas partes (sobre todo los dos instrumentos del AAQ).

De cara al estudio real se plantearon a este respecto dos cambios:

1. Se procuraría administrar de manera heteroaplicada todos los instrumentos de la batería, para poder el entrevistador resolver cualquier duda que surgiera en la comprensión de los ítems y para minimizar también la probabilidad de que los pacientes no completaran adecuadamente los instrumentos en sus casas, o directamente no los devolvieran, con la consiguiente pérdida de información.
2. De manera excepcional, por cuestiones de fatiga del paciente o de presión de tiempo, se permitiría al paciente completar algunos de los instrumentos en su casa. Se decidió mantener los dos cuestionarios del AAQ para la entrevista presencial, dadas las mayores dificultades de comprensión que habían supuesto, y se reservaron para el cuadernillo de instrumentos autoaplicados la evaluación de la función de la toma de metadona, las dos preguntas relativas a la percepción de utilidad del tratamiento con metadona y a sus planes de futuro al respecto, el SF12-v2 y el HAD. Se añadió además una pregunta relativa al número de tratamientos realizados

anteriormente y de qué manera habían finalizado (por abandono del paciente o por alta terapéutica por parte del centro asistencial).

Durante la realización del estudio, todas las entrevistas y cuestionarios fueron administrados por el autor de este trabajo, y se llevaron a cabo individualmente en un despacho del propio CAID.

A la hora de aproximarse a los pacientes para solicitar su participación en el estudio, se les informaba de la naturaleza de su participación (realización de una entrevista y cuestionarios en el centro en una única ocasión), así como del carácter voluntario de la misma y la confidencialidad de la información que aportaran, incluso frente a sus profesionales de referencia. Antes de realizar la entrevista, los pacientes firmaban un consentimiento informado (en ANEXO II).

Aquellos pacientes que accedían a participar eran citados en el CAID y se les realizaba la entrevista junto con la administración de cuestionarios (en algún caso excepcional, el paciente se llevó a casa alguno de los instrumentos para devolverlo completo al centro). Posteriormente, se recogían los datos relevantes en las historias clínicas. Algunos de estos datos requerían una referencia temporal (por ejemplo, duración del tratamiento, o número de citas con profesionales en los 6 meses anteriores); se tomó como referencia la fecha de participación en la entrevista.

En aquellos casos en que el paciente no hubiera completado todos los instrumentos durante la entrevista y se hubiera llevado el cuadernillo de cuestionarios para completar en casa, a la recepción del mismo se comprobaba que los instrumentos se hubieran completado sin errores. De los 48 casos que participaron en el estudio, sólo hubo 1 que no devolvió el cuadernillo después de habérselo llevado a su casa.

Para aquellos pacientes que decidieran no participar, se tomaba nota del motivo de la no participación y se recogían posteriormente los datos de la historia clínica, con la finalidad de poder establecer una comparación entre aquellos que sí habían participado y aquellos que habían preferido no hacerlo. Para aquellos datos que requiriesen una referencia temporal, se utilizaba la fecha en que el paciente había declinado su participación en el estudio.

Antes de la codificación de datos se revisó que la información recogida en todos los sujetos fuera coherente (en relación a datos, por ejemplo, de número de tratamientos anteriores o duración del actual tratamiento), y en alguna ocasión puntual se contactó de nuevo con los pacientes para aclarar algún aspecto específico.

En algunos casos, cuando el inicio del actual episodio de tratamiento con metadona había tenido lugar en otro dispositivo distinto al CAID ESTE, no fue posible acceder a los datos relativos a la fecha exacta en que el paciente había iniciado tratamiento o la dosis en que se estabilizó al inicio del mismo; en estos casos, estos datos se dieron como perdidos.

A lo largo del estudio, como se ha comentado en el apartado “Instrumentos”, se detectó un posible sesgo en uno de los instrumentos utilizados (“Evaluación de la función de la toma de metadona”), por lo que fue modificado y se tomaron las medidas adecuadas para incorporar esta modificación al posterior análisis de datos.

4.5. Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS, v22. Los ítems con valores perdidos se completarían con el valor medio de respuesta en ese ítem siempre que para un instrumento no hubiera más del 15% de casos perdidos; si fuera este el caso, el instrumento completo sería desechado. Siguiendo este procedimiento, sólo fue necesario anular el AAQ y el AAQ-SA de un caso. Para las distintas escalas psicométricas se calculó el valor de consistencia interna mediante el índice α de Cronbach (1951).

Para el análisis descriptivo inicial, se calcularon las medias y desviaciones típicas de las variables cuantitativas, así como las frecuencias (y porcentajes) en las variables cualitativas. De aquellos pacientes que habían participado en el estudio se contaba con datos demográficos, puntuaciones de las escalas e información sobre el tratamiento extraída de la historia clínica. De aquellos sujetos que habían preferido no participar se tenían únicamente datos demográficos muy básicos (edad y género) así como los datos recogidos de la historia clínica. Para analizar diferencias entre los sujetos participantes y aquellos que habían preferido no tomar parte en el estudio se realizaron pruebas t

de diferencia de medias (medidas independientes) para las variables cuantitativas y pruebas χ^2 para variables cualitativas. Al estudiar las variables de escalas relacionadas con salud mental y malestar emocional, se llevó a cabo una prueba t de diferencia de medias para observar si había diferencias en las puntuaciones en función de tener o no el paciente un diagnóstico psiquiátrico. Asimismo, al estudiar la Evitación Experiencial, se clasificó a los pacientes según la función predominante de la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial) y se llevó a cabo una prueba t de diferencia de medias para observar si había diferencias en las puntuaciones en los instrumentos de Evitación Experiencial.

Se estudió después la relación entre la Calidad de Vida y un amplio conjunto de variables sociodemográficas, variables del consumo de tóxicos, variables relativas al tratamiento, variables relativas a salud física, salud mental y situación social, así como Evitación Experiencial. Se utilizó inicialmente la prueba de Kolmogorov-Smirnov para estudiar el ajuste en la muestra de la variable Calidad de Vida a la distribución normal y establecer la adecuación de la aplicación de pruebas paramétricas. Para variables cualitativas se recurrió a pruebas t de diferencia de medias y ANOVAs (medidas independientes); para variables cuantitativas, se utilizaron correlaciones de Pearson. Para estos análisis de datos se dio por bueno el criterio habitual de significación $p < 0,05$ para decidir que una variable mostraba relación con la CV. Los casos perdidos se excluirían según pareja.

El siguiente paso fue seleccionar qué variables se incluirían en un análisis de regresión lineal por pasos en que la CV sería la Variable Dependiente. A la hora de hacer esta selección, se siguió la recomendación de Etxeberria (1999, p. 84) de buscar un modelo que, sirviendo a los intereses planteados, fuera lo más sencillo posible.

Se planteó, por tanto, seleccionar un número pequeño de variables (no más de 1 por cada 10 sujetos de muestra) e introducirlas en el análisis por orden decreciente de valor de la correlación o del tamaño del efecto mostrado en su relación con la CV (ya que el orden de introducción de las variables afecta al resultado del análisis, Etxeberria, 1999, p. 69).

En el caso de que se detectaran diferencias significativas en Calidad de Vida entre distintos niveles de una variable cualitativa, se dicotomizaría dicha variable (si no fuera ya dicotómica) y se calcularía la correlación biserial puntual con la variable Calidad de Vida. De esta manera, la fuerza de la relación de unas y otras variables con la Calidad de Vida estaría expresada en los mismos términos y las haría comparables entre sí para poder seleccionar cuáles entrarían a formar parte del análisis de regresión.

Si bien para el análisis de las variables relacionadas con la CV se había utilizado el criterio de significación estadística $p < 0,05$, se decidió que para la inclusión de las variables en el análisis de regresión habría que adoptar un criterio más estricto.

Una práctica habitual cuando se realizan varias pruebas estadísticas, y con el fin de prevenir errores de Tipo I (dar por buena una relación entre variables que realmente se debe al azar), es aplicar la corrección de Bonferroni; de esta manera, el criterio para la significación estadística se hace más exigente al dividir el umbral que se haya establecido (normalmente $p < 0,05$ o $p < 0,01$) entre el número de análisis que se estén realizando (Pardo y San Martín, 1998, pp. 303 – 306).

Este procedimiento, sin embargo, es considerado excesivamente conservador y, en su intento de evitar falsos positivos corre el riesgo de producir *falsos negativos* (o errores tipo II) si el número de análisis que se llevan a cabo es elevado (Curtin y Schulz, 1998; Nakagawa, 2004). En este trabajo, en el que se llevarían a cabo un total de 48 contrastes estadísticos de hipótesis, el nivel de significación si se quisiera adoptar una $p < 0,05$ quedaría reducido a $p < 0,001041$ al aplicar la corrección de Bonferroni, lo que ciertamente reduciría mucho el número de relaciones significativas detectadas.

Se optó, por tanto, por una solución de compromiso, adoptando el criterio $p < 0,01$, más estricto que $p < 0,05$, pero no tan bajo como para dificultar la detección de relaciones significativas entre variables. El tratamiento de los casos perdidos en el análisis de regresión se haría excluyéndolos según lista, siguiendo un criterio más conservador que según análisis.

Durante el análisis de regresión, asimismo, se evitó que las variables que se introdujeran en el modelo presentaran entre ellas correlaciones superiores a 0,80 para evitar problemas de multicolinealidad (este criterio es sugerido por Lewis-Beck, 1980, según refiere Etxeberria, 1999, p. 86). Una vez se contó con un modelo de regresión, se calcularon los valores de los coeficientes y la constante de la recta de regresión.

Finalmente, se comprobó que se respetaban los supuestos estadísticos para llevar a cabo el análisis de datos (Etxeberria, 1999, pp. 54 – 56):

- Los posibles problemas de multicolinealidad (correlación entre las variables independientes introducida en el modelo) se analizaron mediante el cálculo del índice de tolerancia (proporción de una variable independiente que no es explicado por las otras variables independientes, siendo deseables los valores elevados próximos a 1, Etxeberria, 1999, p. 86).
- Se buscó la existencia de datos atípicos, definidos como aquellos que presentaban al menos 3 desviaciones típicas por encima del valor pronosticado (Etxeberria, 1999, pp. 97 – 98).
- Para detectar la existencia de problemas de autocorrelación (el valor pronosticado para un elemento de la muestra está influido por los valores de la variable dependiente observados en otros elementos de la muestra) se recurrió a la prueba de Durbin y Watson (1951).
- Se comprobó el ajuste a la normalidad de los residuos mediante métodos gráficos (histograma de residuos, Etxeberria, 1999, p. 107) y estadísticos (prueba de Kolmogorov-Smirnov).

5. Resultados

Como se ha señalado, 48 pacientes accedieron a participar y realizaron la entrevista y los cuestionarios; hubo un solo participante que no devolvió el cuadernillo para completar en casa. A continuación se expondrá el análisis de las diferencias entre los participantes y aquellos que decidieron no tomar parte en el estudio; seguidamente se expondrán los datos descriptivos de los sujetos participantes, para

después pasar a analizar qué variables mostraron relación con la CV y cuáles serían predictoras de la misma en un análisis de regresión por pasos.

5.1. Análisis de las diferencias entre participantes y no participantes

Los 29 pacientes a los que se les ofreció participar y optaron por no hacerlo tenían una media de edad de 47,07 años (DT = 5,38, rango 37 – 55) y 25 de ellos eran varones (86,2%). Todos eran de nacionalidad española. Al no participar estos sujetos en el estudio, no se cuenta con más datos sociodemográficos.

Las pruebas estadísticas no mostraron diferencias significativas en estas variables ($p < 0,05$) entre ambos grupos (ver tabla 5.1.).

Tabla 5.1. Comparación entre participantes y no participantes en función de variables sociodemográficas.				
	Participantes (n = 48)	No participantes (n = 29)	$t_{(gl)} / \chi^2_{(gl)}$	p
Edad M (DT)	47,13 (6,08)	47,07 (5,38)	$t_{75} = -0,041$	0,968
Género n(%)			$\chi^2_1 = 0,959$	0,327
Varones	37 (77,1)	25 (86,2)		
Mujeres	11 (22,9)	4 (13,8)		

De acuerdo con los datos presentes en la historia clínica del paciente, 13 sujetos (44,8%) presentaba diagnóstico DSM-IV-TR de Dependencia de cocaína; 2 sujetos (6,9%) presentaba diagnóstico de Dependencia de alcohol y 1 sujeto (3,4%) de Abuso de alcohol; y 2 sujetos (6,9%) presentaban diagnóstico de Dependencia de tranquilizantes, sedantes y ansiolíticos. Agrupados todos estos diagnósticos en su totalidad, se observa que 16 sujetos cumplían criterios para algún otro trastorno adicional al de Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas. Al no participar estos sujetos en el estudio, no se cuenta con las puntuaciones en las escalas de gravedad del consumo del ASI. Las pruebas estadísticas no mostraron diferencias significativas en estas variables ($p < 0,05$) entre ambos grupos (ver tabla 5.2.).

Tabla 5.2. Comparación entre participantes y no participantes en función de variables del consumo.				
	Participantes (n = 48)	No participantes (n = 29)	$\chi^2_{(gl)}$	p
Cocaína n(%)				
Dependencia	21 (43,8)	13 (44,8)	$\chi^2_1 = 0,009$	0,926
Abuso	1 (2,1)	0	$\chi^2_1 = 0,612$	0,434
Alcohol n(%)				
Dependencia	5 (10,4)	2 (6,9)	$\chi^2_1 = 0,271$	0,603
Abuso	3 (6,3)	1 (3,4)	$\chi^2_1 = 0,288$	0,591
Tranquilizantes, sedantes y ansiolíticos n(%)				
Dependencia	4 (8,3)	2 (6,9)	$\chi^2_1 = 0,052$	0,820
Cannabis n(%)				
Dependencia	1 (2,1)	0	$\chi^2_1 = 0,612$	0,434
Abuso	2 (4,2)	0	$\chi^2_1 = 1,241$	0,265
Diagnóstico adicional de consumo de sustancias	30 (62,5)	16 (55,2)	$\chi^2_1 = 0,404$	0,525

Los sujetos no participantes llevaban en tratamiento con metadona una media de 490,97 semanas (DT = 230,85), situándose la mediana en 501 semanas. La dosis media en que se habían estabilizado al inicio del tratamiento era de 65 mg./día (DT = 38), siendo la media de la dosis máxima alcanzada a lo largo del tratamiento de 100,6 mg./día (DT = 67,81). Había 19 sujetos (76% de los datos válidos) que habían requerido incrementos de la dosis posteriores a la estabilización inicial (para 4 sujetos que habían iniciado tratamiento en otros dispositivos o en prisión, no se pudo acceder a los datos acerca de la dosis inicial o variaciones posteriores).

Se mantenían en una dosis estable 25 sujetos (86,2%), con una dosis media de 73,72 mg./día (DT = 56), situándose la mediana en 50 mg./día; estos pacientes llevaban estables en su dosis una media de 78 semanas (DT = 115,21), situándose la mediana en 35 semanas. Había 4 pacientes que en el momento de declinar su participación en el estudio se encontraban disminuyendo dosis de metadona; dicha disminución tenía lugar a un ritmo medio de 0,5 mg./día por semana (DT = 0,35); estos sujetos llevaban en descenso una media de 34,75 semanas (DT = 25,26) y habían comenzado el descenso desde una dosis media de 41,75 mg./día (DT = 39,25).

La mayoría de los sujetos que no habían querido participar en el estudio recogían la metadona en el CAID (n=24; 82,8%) con frecuencia semanal (n=18; 62,1%).

Las pruebas t de diferencia de medias y las pruebas de χ^2 que se realizaron no mostraron tampoco diferencias significativas ($p < 0,05$) en estas variables entre los sujetos que participaron en el estudio y aquellos que prefirieron no hacerlo (tabla 5.3., página siguiente) (debido a que no se pudo acceder a los datos del tratamiento de algunos pacientes que habían comenzado a tomar metadona en otro dispositivo, el análisis de las diferencias entre grupos en la dosis inicial y en la dosis más alta alcanzada se realizó con un n más pequeño: n = 43 en grupo de participantes y n = 25 en grupo de no participantes).

Tabla 5.3. Comparación entre participantes y no participantes en función de variables del tratamiento.				
	Participantes (n = 48)	No participantes (n = 29)	$t_{(gl)} / \chi^2_{(gl)}$	p
Tiempo en actual tratamiento (semanas) M (DT)	451,79 (220,12)	490,97 (230,85)	$t_{75} = 7,043$	0,460
Dosis estable inicial (mg./día) M (DT)	59,42 (35,54)	65 (38)	$t_{66} = 0,609$	0,545
Dosis máxima (mg./día) M (DT)	109,65 (60,91)	100,6 (67,81)	$t_{66} = -0,567$	0,573
Requirió incremento tras estabilización inicial n(%)	35 (81,4)	19 (76)	$\chi^2_1 = 0,281$	0,596
Fase del tratamiento n(%)			$\chi^2_{21} = 0,602$	0,438
Mantenimiento	38 (79,2)	25 (86,2)		
Reducción	10 (20,8)	4 (13,8)		
Pacientes en situación de mantenimiento				
	n = 38	n = 25		
Dosis (mg./día) M (DT)	66,82 (57,45)	73,72 (56)	$t_{62} = 0,471$	0,639
Tiempo en dosis estable (semanas) M (DT)	87,08 (131,26)	78 (115,21)	$t_{60} = -0,28$	0,780
Pacientes en situación de reducción				
	n = 10	n = 4		
Ritmo de reducción (mg./día por semana) M (DT)	1,03 (1,42)	0,5 (0,35)	$t_{12} = -0,725$	0,482
Tiempo en reducción (semanas) M (DT)	13,5 (18)	34,75 (25,26)	$t_{12} = 1,792$	0,098
Dosis desde la que inician reducción (mg./día) M (DT)	47,30 (52,86)	41,75 (39,25)	$t_{12} = -0,188$	0,854

Tabla 5.3. (cont.) Comparación entre participantes y no participantes en función de variables del tratamiento.				
	Participantes (n = 48)	No participantes (n = 29)	t_(gl) / $\chi^2_{(gl)}$	p
Lugar de recogida			$\chi^2_2 = 1,252$	0,535
CAID	43 (89,6)	24 (82,8)		
Metabús	1 (2,1)	2 (6,9)		
Farmacia	4 (8,3)	3 (10,3)		
Pauta de recogida n(%)			$\chi^2_4 = 5,084$	0,279
Diario (y f/s en metabús)	4 (8,3)	0		
Diario y f/s	6 (12,5)	5 (17,2)		
3/semana	5 (10,4)	5 (17,2)		
2/semana	6 (12,5)	1 (3,4)		
1/semana	27 (56,3)	18 (62,1)		

Durante el mes anterior a declinar su participación en el estudio, un total de 16 sujetos (55,2%) habían acudido al menos a una cita con médico; 10 sujetos (34,5%) habían acudido al menos a una cita con psicólogo clínico; 4 sujetos (13,8%) habían acudido al menos a una cita con trabajadora social y solamente 1 sujeto (3,4%) había acudido a cita con otros profesionales (aula educativa o educadora social). Durante los 6 meses anteriores, 24 sujetos (82,8%) habían acudido al menos a una cita con médico, 15 sujetos (51,7%) habían acudido al menos a una cita con psicólogo clínico, 11 sujetos (37,9%) habían acudido al menos a una cita con trabajadora social y sólo 2 sujetos (6,9%) habían acudido al menos a una cita con otros profesionales.

La media de realización de controles toxicológicos durante los 6 meses anteriores a declinar la participación en el estudio se sitúa en 4,79 (DT = 7,17), con 13 sujetos (44,8%) habiendo realizado al menos un control toxicológico durante este periodo. De éstos, 2 sujetos (15,4%) habían dejado al menos un control positivo a opiáceos, y 5 (38,5%) habían dejado al menos un control positivo a otras sustancias.

En estas variables relacionadas con la asistencia a citas y controles sí se observa alguna diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de participantes y el de no participantes: había mayor proporción de pacientes que habían acudido al menos a una cita con psicólogo clínico en el grupo de participantes, tanto en el último mes ($\chi^2_1 = 4,864$; $p < 0,05$) como en los 6 meses anteriores ($\chi^2_1 = 10,346$; $p < 0,01$). Se observa

asimismo una tendencia, que no llega a la significación estadística con los criterios convencionales, de una mayor proporción de pacientes que habían realizado al menos 1 control toxicológico en los 6 meses anteriores en el grupo de participantes ($\chi^2_1 = 3,550$; $p = 0,060$) (tabla 5.4).

Tabla 5.4. Comparación entre participantes y no participantes en función de asistencia a citas y controles.				
	Participantes (n = 48)	No participantes (n = 29)	$t_{(gl)} / \chi^2_{(gl)}$	p
Asistencia a citas durante el mes anterior				
Al menos una con médico n(%)	33 (68,8)	16 (55,2)	$\chi^2_1 = 1,440$	0,230
Al menos una con psicólogo clínico n(%)	29 (60,4)	10 (34,5)	$\chi^2_1 = 4,864^*$	0,027
Al menos una con trabajadora social n(%)	9 (18,8)	4 (13,8)	$\chi^2_1 = 0,317$	0,574
Al menos una con otros profesionales n(%)	4 (8,3)	1 (3,4)	$\chi^2_1 = 0,711$	0,399
Asistencia a cita los 6 meses anteriores				
Al menos una con médico n(%)	45 (93,8)	24 (82,8)	$\chi^2_1 = 2,346$	0,126
Al menos una con psicólogo clínico n(%)	41 (85,4)	15 (51,7)	$\chi^2_1 = 10,346^{**}$	0,001
Al menos una con trabajadora social n(%)	21 (43,8)	11 (37,9)	$\chi^2_1 = 0,252$	0,616
Al menos una con otros profesionales n(%)	6 (12,5)	2 (6,9)	$\chi^2_1 = 0,610$	0,435
Controles toxicológicos en los 6 meses anteriores				
Número de controles realizados M (DT)	7,13 (9,14)	4,79 (7,17)	$t_{75} = -1,172$	0,245
Asistencia al menos a un control n(%)	32 (66,7)	13 (44,8)	$\chi^2_1 = 3,550$	0,060
Al menos 1 control positivo a opiáceos n(%)	7 (21,9)	2 (15,4)	$\chi^2_1 = 0,243$	0,622
Al menos 1 control positivo a otras sustancias n(%)	10 (31,3)	5 (38,5)	$\chi^2_1 = 0,216$	0,642

No se cuenta con datos acerca de la patología orgánica en el grupo de no participantes, pues esta información se recogía durante la administración del ASI a los sujetos que sí tomaron parte en el estudio. De acuerdo a datos recogidos en su historia clínica, 5 sujetos (17,2%) presentaban diagnóstico para algún trastorno mental aparte de la drogodependencia. Estos diagnósticos se distribuían de la siguiente manera: 3 (60%) tenían diagnóstico de trastorno del estado de ánimo y 2 (40%) lo tenían de

trastorno de la personalidad. La prueba χ^2 no mostró diferencias significativas en esta variable ($p < 0,05$) entre ambos grupos (ver tabla 5.5.).

Tabla 5.5. Comparación entre participantes y no participantes en función de presentar o no un trastorno mental.				
	Participantes (n = 48)	No participantes (n = 29)	$\chi^2_{(gl)}$	p
Trastorno mental n(%)	10 (20,8)	5 (17,2)	$\chi^2_1 = 0,149$	0,700

5.2. Caracterización de la muestra

5.2.1. Datos sociodemográficos

Como puede verse en la tabla 5.6. (página siguiente), los participantes en el estudio tienen una media de edad de 47,13 años (situándose el 64,6% en el rango de los 40 – 49 años) y 37 de ellos son varones (77,1%). Todos tienen la nacionalidad española. La mitad de ellos (n = 24, 50%) no se ha casado nunca y 26 (39,6%) tienen entre 1 y 2 hijos. Para 15 sujetos que sí tenían hijos (57,7%), estos eran menores de edad. Viven mayoritariamente con sus padres y otro(s) familiar(es) adulto(s) (n = 14, 29,2%) o con sus padres en exclusiva (n = 11, 22,9%).

Tabla 5.6. Datos sociodemográficos de la muestra (n=48)	
Edad M (DT) (rango)	47,13 (6,08) (32 – 58)
Edad (intervalos) n(%)	
30 – 39	4 (8,3)
40 – 49	31 (64,6)
50 – 59	13 (27,1)
Género n(%)	
Varón	37 (77,1)
Mujer	11 (22,9)
Estado civil n(%)	
Nunca casado/a	24 (50)
Casado/a – vive en pareja	13 (27,1)
Separado/a – Divorciado/a	7 (14,6)
Viudo/a	4 (8,3)
Hijos (intervalos) n(%)	
Sin hijos	19 (39,6)
1 – 2 hijos	26 (54,1)
> 2 hijos	3 (6,3)
(Al menos un hijo menor de edad)	15 (57,7% de los que tenían hijos)
Formas de convivencia n(%)	
Vive solo/a	5 (10,4)
Vive únicamente con su(s) padre(s)	11 (22,9)
Vive únicamente con la pareja	3 (6,3)
Vive en pareja, con hijos menores	5 (10,4)
Vive con pareja y otros familiares adultos	3 (6,3)
Vive únicamente con otro(s) familiar(es) adulto(s) (diferente de los padres, hijos menores o pareja).	3 (6,3)
Vive con sus padres y otro(s) familiar(es) adulto(s)	14 (29,2)
Vive con padres, hijos menores y otro(s) familiar(es) adulto(s)	2 (4,2)
Vive con otro(s) adulto(s) no familiar(es)	1 (2,1)
Vive en recurso residencial de tratamiento	1 (2,1)

Casi la mitad (n = 23, 47,9%) ha realizado Educación Obligatoria, y 15 (31,2%) se encuentran laboralmente activos. Una proporción significativa (n = 21, 43,8%) se considera “fuera del mercado laboral”, siendo de estos 8 (38,1%) los que tienen alguna incapacidad laboral reconocida, y otros 8 (38,1%) los que, sencillamente, no buscan trabajo (tabla 5.7., página siguiente).

Tabla 5.7. Nivel de estudios y situación laboral (n=48)	
Nivel de estudios n(%)	
No ha finalizado estudios básicos	15 (31,3)
Educación Obligatoria	23 (47,9)
Bachillerato o FP equivalente	10 (20,8)
Situación laboral n(%)	
Activo (jornada parcial o completa)	15 (31,2)
Desempleado, buscando activamente empleo	12 (25)
Fuera del mercado laboral n(%)	21 (43,8)
Causas de exclusión del mercado laboral (% sobre el total de fuera del mercado laboral).	
Incapacidad laboral reconocida	8 (38,1)
No busca trabajo	8 (38,1)
Jubilado/a	4 (19)
Labores del hogar	1 (4,8)

Había 44 sujetos (91,7%) que referían haber sido detenidos en al menos una ocasión, y 28 sujetos (58,3%) habían estado en prisión anteriormente (en ocasiones con penas superiores a los 10 años), pero sólo para 4 sujetos (8,3%) el comienzo del tratamiento estaba condicionado judicialmente y 36 sujetos (75%) decían no presentar problemas legales en la actualidad (tabla 5.8.).

Tabla 5.8. Antecedentes legales y situación legal actual (n=48)	
Antecedentes legales n(%)	
Detenidos alguna vez	44 (91,7)
Detenidos por primera vez siendo menores de edad	18 (40,9)
Han estado en prisión alguna vez n(%)	28 (58,3)
Duración de la estancia en prisión (n=28) n(% sobre el total de pacientes que han estado en prisión)	
Menos de 2 años	13 (46,4)
De 2 a 6 años	8 (28,6)
De 6 a 10 años	3 (10,7)
De 10 a 20 años	2 (7,1)
Más de 20 años	2 (7,1)
Situación legal actual n(%)	
Sin causas legales en la actualidad	36 (75)
Problemas legales actuales (las siguientes categorías no son mutuamente excluyentes)	12 (25)
A la espera de juicio	9 (75)
Libertad condicional (condicionada a tratamiento)	4 (33,3)
A la espera de sentencia	1 (8,3)

5.2.2. Variables del consumo de sustancias

La tabla 5.9. muestra el consumo de sustancias durante el mes anterior referido por los pacientes en el momento de realizar la entrevista:

Tabla 5.9. Consumo referido de sustancias durante el mes anterior	
Sustancia	n (%)
Alcohol	
En cualquier cantidad	23 (47,9)
Más de 5 (varones)/4 (mujeres) bebidas en un día	7 (14,6)
Cannabis	15 (31,3)
Frecuencia de consumo de cannabis	
1 – 5 ocasiones	8 (53,3)
5 – 10 ocasiones	2 (13,3)
La mitad de los días	1 (6,7)
Consumo diario	4 (26,7)
Cocaína	11 (22,9)
Frecuencia de consumo de cocaína	
1 – 5 ocasiones	7 (63,6)
5 – 10 ocasiones	1 (9,1)
La mitad de los días	1 (9,1)
Consumo diario	2 (18,2)
Heroína	5 (10,4)
Frecuencia de consumo de heroína	
1 – 5 ocasiones	3 (60)
Consumo diario	2 (40)
Medicación sedante fuera de pauta médica	4 (8,4)
Frecuencia de consumo de medicación sedante fuera de pauta médica	
1 ocasión	2 (50)
Consumo diario	2 (50)

Se observará que, en aquellos participantes que reconocían consumo de tóxicos, la frecuencia de los mismos era por lo general baja, siendo sólo unos pocos aquellos que presentaban un consumo diario de las sustancias más problemáticas (heroína y cocaína). Todos los pacientes negaron consumo durante el mes anterior de estimulantes, alucinógenos, inhalantes, metadona fuera de pauta médica u otros opiáceos fuera de pauta médica.

Además del diagnóstico común de “Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas”, había un total de 30 sujetos (62,5%) que presentaban otros

diagnósticos DSM-IV-TR de dependencia o abuso de sustancias (tabla 5.10). De estos casos, 4 sujetos (8,3%) presentaban varios diagnósticos simultáneamente.

Tabla 5.10. Otros diagnósticos por consumo de sustancias	
Sustancia / diagnóstico	n (%)
Cocaína	
Abuso	1 (2,1)
Dependencia	21 (43,8)
Alcohol	
Abuso	3 (6,3)
Dependencia	5 (10,4)
Tranquilizantes, sedantes y ansiolíticos	
Dependencia	4 (8,3)
Cannabis	
Abuso	2 (4,2)
Dependencia	1 (2,1)

La tabla 5.11. (página siguiente) muestra las puntuaciones obtenidas por los participantes en las puntuaciones del ASI que indicaban una mayor gravedad de la situación de consumo (página siguiente):

Tabla 5.11. Escalas de gravedad del ASI sobre consumo (0-100) (n = 48)	
Alcohol	
M (DT) (rango)	12,44 (17,66) (0 – 68,72)
Intervalos n(%)	
0 – 10	27 (56,7)
10,01 – 20	9 (18,9)
20,01 – 30	6 (12,6)
30,01 – 40	1 (2,1)
40,01 – 50	2 (4,2)
> 50,01	3 (6,3)
Drogas	
M (DT) (rango)	20,64 (20,22) (0 – 84,65)
Intervalos n(%)	
0 – 10	24 (50)
10,01 – 20	7 (14,6)
20,01 – 30	9 (18,7)
30,01 – 40	2 (4,2)
40,01 – 50	0
> 50,01	6 (12,5)
Drogas (excluyendo CNN)	
M (DT) (rango)	17,06 (20,59) (0 – 84,37)
Intervalos n(%)	
0 – 10	35 (72,9)
10,01 – 20	4 (8,4)
20,01 – 30	3 (6,3)
30,01 – 50	0
> 50,01	6 (12,5)

Las puntuaciones obtenidas en las escalas de Alcohol y Drogas son más bajas que las obtenidas por Díaz Mesa *et al.* (2010), tanto en el grupo de pacientes inestables (Alcohol: M = 53,67 – DT = 9,01; Drogas: M = 40,53 – DT = 10,81) como aquellos que llevaban al menos 6 meses estables (Alcohol: M = 45,79 – DT = 5,91; Drogas: M = 36,39 – DT = 7,22). Dicha comparación, sin embargo, debe ser realizada con extrema cautela, pues se recordará que para este trabajo se ha tenido que elaborar un algoritmo propio diferente al utilizado por esos autores (véase apartado “Materiales e instrumentos”). De hecho, Díaz Mesa *et al.* (2010) ofrecen un rango factible de puntuaciones para cada escala que es diferente del rango 0 – 100 aquí contemplado

Como se ha señalado anteriormente, y ante la poca percepción de problema que suponía el consumo de cannabis para la mayoría de los pacientes, se calcularon

dos índices alternativos de la gravedad del consumo de drogas, excluyendo o no el consumo de cannabis de los cálculos. Nótese cómo, al excluir este consumo del cálculo de la puntuación de gravedad, 11 sujetos pasan al intervalo inferior de puntuación (0-10).

Puede sorprender, por un lado, lo habitual del consumo de cannabis en la muestra y, por otro, el bajo número de casos diagnosticados de algún problema de consumo de esta sustancia. Esta discrepancia se resuelve al tener en cuenta que para realizar un diagnóstico es preciso que el consumo suponga algún tipo de disfunción importante en la vida de la persona, así como que se experimente dificultad para disminuir o finalizar dicho consumo si se desea ponerle fin; la mayoría de los consumidores de cannabis de la muestra entendían este consumo de manera muy normalizada, no diferente del que pudieran realizar de tabaco o alcohol, y por lo tanto sólo eran unos pocos los que cumplirían criterios para realizar un diagnóstico específico.

5.2.3. Variables relacionadas con el tratamiento

El tiempo que llevaban en tratamiento con metadona los pacientes de la muestra es muy variable (tabla 5.12.). Como puede observarse, los participantes se encuentran repartidos de manera bastante homogénea entre los diferentes rangos de duración del tratamiento, salvo en los extremos. Poco más de la mitad de la muestra había realizado algún tratamiento con metadona con anterioridad al actual, y de estos el 28% había realizado más de un tratamiento previo.

Tabla 5.12. Duración del actual tratamiento con metadona, y realización de tratamientos previos.	
Duración del tratamiento con metadona (semanas) M (DT) (rango)	451,79 (220,12) (79 – 912)
Duración del tratamiento con metadona (por tramos) n (%)	
100 semanas o menos	1 (2,1)
101 – 200 semanas	7 (14,6)
201 – 300 semanas	7 (14,6)
301 – 400 semanas	6 (12,5)
401 – 500 semanas	8 (16,7)
501 – 600 semanas	4 (8,3)
601 – 700 semanas	9 (18,8)
701 – 800 semanas	3 (6,3)
801 semanas, o más	3 (6,3)
Han realizado tratamientos previos con metadona n (%)	25 (52,1)
Sólo un tratamiento anterior, además del actual n (%) sobre aquellos que habían hecho tratamiento previo).	18 (72)

Con variaciones, los pacientes se estabilizaron en una dosis inicial media de 59,42 mg./día, lo cual se encuentra dentro del rango considerado como dosis terapéutica de mantenimiento (50 – 120 mg./día; Torrens Mélich, 2009, p. 74). Más del 80% requirió ajustes posteriores al alza (tabla 5.13.). En cinco casos no se pudo recoger esta información de manera fiable, al haber comenzado el paciente el actual tratamiento en otro dispositivo o en prisión y no poder accederse a los registros; en estos casos, se dieron como perdidos los datos relativos a la dosis inicial y a las variaciones posteriores.

La mayor parte de la muestra (79,2%) se encontraban en una dosis estable en el momento de participar en el estudio, observándose además que los pacientes tienden

a mantenerse en fase de estabilización durante un tiempo más largo del que se mantienen, de seguido, en fase de disminución gradual de dosis (87,08 semanas frente a 13,5 semanas). Finalmente, la gran mayoría de los pacientes recogían su tratamiento en el propio CAID (89,6%) y más de la mitad contaban con una pauta de recogida semanal (tabla 5.13.).

Tabla 5.13. Dosis de metadona y fase del tratamiento	
Dosis media estable inicial (n=43) (mg./día) M (DT)	59,42 (35,54)
Dosis media máxima alcanzada en actual episodio (n=43) (mg./día) M (DT)	109,65 (60,91)
Requirieron subidas posteriores de dosis tras estabilización inicial (n=43) n(%)	35 (81,4)
Fase del tratamiento	
Dosis estable n(%)	38 (79,2)
Dosis media (mg./día) M (DT)	66,82 (57,45)
Tiempo medio en esta dosis (semanas) M (DT)	87,08 (131,26)
Descenso gradual de dosis n(%)	10 (20,8)
Dosis diaria disminuida por semana (mg./día) M(DT)	1,03 (1,42)
Tiempo en descenso (semanas) M(DT)	13,5 (18)
Dosis desde la que se inició el descenso (mg./día) M(DT)	47,30 (52,86)
Pauta de recogida n(%)	
Diaria (F/S metabús)	4 (8,3)
Diaria (y F/S)	6 (12,5)
Tres días en semana	5 (10,4)
Dos días en semana	6 (12,5)
Semanal	27 (56,3)
Lugar de recogida n(%)	
CAID	43 (89,6)
Metabús	1 (2,1)
Farmacia	4 (8,3)

En cuanto a la previsión sobre el futuro del tratamiento, un tercio de los pacientes se encontraban en dosis estable pero tenían previsto iniciar desintoxicación o descenso de dosis en los tres meses siguientes. La utilidad percibida del tratamiento era asimismo elevada, otorgando la puntuación máxima (1-7) un 63,8% de los participantes (tabla 5.14.).

Tabla 5.14. Previsión sobre el futuro del tratamiento y utilidad percibida	
Previsión sobre el futuro del tratamiento n(%)	
Mantener el tratamiento sin cambios por el momento	14 (29,2)
Previsión de iniciar desintoxicación o disminución de dosis en algún momento del año siguiente	8 (16,7)
Previsión de iniciar desintoxicación o disminución de dosis en los próximos 3 meses	16 (33,3)
Actualmente en disminución de dosis	10 (20,8)
Utilidad percibida del tratamiento (1-7) M(DT)	6,15 (1,38)
Puntuación máxima n(%)	30 (63,8)

El número medio de citas en el CAID a las que los pacientes habían asistido en el mes anterior variaba según el tipo de profesional, siendo los médicos el grupo que más visitaban los pacientes (tabla 5.15.).

Tabla 5.15. Asistencia a citas con profesionales durante el mes anterior.	
Médico M (DT)	1,15 (1,34)
Ninguna cita n(%)	15 (31,3)
Una cita n(%)	22 (45,8)
Dos o más citas n(%)	11 (23)
Psicólogo Clínico M (DT)	0,9 (1,39)
Ninguna cita n(%)	19 (39,6)
Una cita n(%)	23 (47,9)
Dos o más citas n(%)	5 (12,5)
Trabajadora Social M (DT)	0,4 (1,09)
Ninguna cita n(%)	39 (81,3)
Una cita n(%)	5 (10,4)
Dos o más citas n(%)	4 (8,4)
Otros profesionales (aula educativa, educadora social) M (DT)	0,71 (3,15)
Ninguna cita n(%)	44 (91,7)
Una cita n(%)	1 (2,1)
Dos o más citas n(%)	3 (6,3)
Pacientes que no han acudido a ninguna cita con profesional en el mes anterior n(%)	9 (18,8)

Estos datos podrían hacer pensar que la frecuencia de asistencia a citas de los pacientes es más bien baja, pero las cifras se elevan un poco al mirar el conjunto de los seis meses anteriores. Aun así, la frecuencia media de asistencia a citas con profesionales estaría en una cita cada dos meses para médico y psicólogo clínico, y por debajo de una cita cada tres meses para trabajadora social (tabla 5.16.).

Tabla 5.16. Asistencia a citas con profesionales durante los seis meses anteriores	
Médico M (DT)	3,98 (3,89)
Ninguna cita n(%)	3 (6,25)
1 – 3 citas n(%)	27 (56,25)
4 citas o más n(%)	18 (37,5)
Psicólogo Clínico M (DT)	3,48 (3,98)
Ninguna cita n(%)	7 (14,6)
1 – 3 citas n(%)	26 (54,16)
4 citas o más n(%)	15 (31,24)
Trabajadora Social M (DT)	1,79 (2,97)
Ninguna cita n(%)	27 (56,25)
1 – 3 citas n(%)	13 (27,1)
4 citas o más n(%)	8 (16,65)
Otros profesionales (aula educativa, educadora social) M (DT)	4,58 (21,09)
Ninguna cita n(%)	42 (87,5)
Una cita n(%)	3 (6,3)
Dos o más citas n(%)	3 (6,3)
Pacientes que no han acudido a ninguna cita con profesional en los 6 meses anteriores n(%)	1 (2,1)

Son muy pocos los pacientes de la muestra que acudieron a citas o actividades con otros profesionales (educadora social, aula educativa), pero aquellos que lo hicieron presentaron una alta frecuencia de asistencia, lo que explica la elevada variabilidad observada en esta variable.

Finalmente, la tabla 5.17. muestra que dos tercios de la muestra realizaron al menos un control toxicológico durante los seis meses anteriores a su participación en el estudio, siendo la mayoría de los resultados negativos a las sustancias problema.

Tabla 5.17. Realización de controles toxicológicos (6 meses)	
Controles toxicológicos realizados M (DT)	7,13 (9,14)
Ninguno n(%)	16 (33,3)
1 – 5 controles n(%)	13 (27,3)
6 – 10 controles n(%)	6 (12,6)
11 – 15 controles n(%)	4 (8,4)
16 – 20 controles n(%)	2 (4,2)
21 – 25 controles n(%)	5 (10,5)
26 controles o más n(%)	2 (4,2)
Resultados de controles	
Al menos un control positivo a opiáceos n(%)	7 (21,9)
Al menos un control positivo a otras sustancias n(%)	10 (31,3)

5.2.4. Salud física

El estado de salud física de la muestra no es bueno, a juzgar por la elevada frecuencia de diagnósticos orgánicos crónicos que presentan (tabla 5.18.).

Tabla 5.18. Prevalencia de enfermedades crónicas n(%)	
Hepatitis	35 (79,5)
Positividad para tuberculosis	21 (57,5)
VIH/SIDA	19 (43,2)
Enfermedad pulmonar crónica	10 (22,7)
Hipertensión	7 (15,9)
Enfermedad cardíaca	7 (15,9)
Cirrosis u otra enfermedad hepática	6 (13,6)
Epilepsia o convulsiones	6 (13,6)
Cáncer	5 (11,4)
Accidente cerebro vascular	3 (6,8)
Diabetes	2 (4,5)
Nefropatía crónica	1 (2,3)
Otra enfermedad crónica (alergias, dolor, escoliosis, pancreatitis, celiaquía, artrosis...).	12 (27,3)

En varios casos, dichos diagnósticos se dan simultáneamente, habiendo un total de 14 sujetos (29,2%) que presentan como poco cuatro condiciones crónicas simultáneamente. Sólo 4 pacientes (8,3%) refirieron no presentar ninguna de estas enfermedades (tabla 5.19.).

Tabla 5.19. Comorbilidad orgánica n (%)	
Ninguna enfermedad	4 (8,3)
Sólo un diagnóstico	14 (29,2)
Diagnóstico en solitario más prevalente: hepatitis	9 (18,7)
Dos diagnósticos simultáneos	8 (16,7)
Tres diagnósticos simultáneos	8 (16,7)
Cuatro diagnósticos simultáneos	5 (10,4)
Cinco diagnósticos simultáneos	3 (6,3)
Seis diagnósticos simultáneos	1 (2,1)
Siete diagnósticos simultáneos	2 (4,2)
Ocho diagnósticos simultáneos	2 (4,2)
Nueve diagnósticos simultáneos	1 (2,1)

Otro estimador del estado de salud física de los participantes del estudio son sus puntuaciones en las escalas de Salud Física del ASI y del Componente Físico del SF-12 (tabla 5.20.).

Tabla 5.20. Salud Física según instrumentos estandarizados	
ASI – Salud Física (0-100) (n=48)	
Media (DT) (rango)	34,77 (19,02) (3,57 – 89,05)
Distribución por tramos n(%)	
0 – 20	11 (22,9)
20,01 – 40	19 (39,6)
40,01 – 60	13 (27,1)
Más de 60.	5 (10,4)
SF-12 v2 – Componente Físico (0-100) (n=47)	
Media (DT) (rango)	44,49 (11,35) (14,75 – 64,34)
Distribución por intervalos n(%)	
0 – 20	1 (2,1)
20,01 – 40	10 (21,3)
40,01 – 60	34 (72,3)
Más de 60.	2 (4,3)
Correlación ASI – Salud Física con SF-12v2 Componente Físico (r) (n=47)	- 0,54**
** significativo para p < 0,01	

En lo que respecta a las puntuaciones del ASI, los pacientes de la muestra obtienen puntuaciones más bajas, menos graves, que las obtenidas por Díaz Mesa *et al.* (2010) (pacientes estables, M = 45,68, DT = 9,63; pacientes inestables, M = 44,25,

DT = 9,48), pero se recordará la cautela que hay que tener al hacer esta comparación, pues para este trabajo se ha utilizado un algoritmo diferente al que usaron estos autores (ver “Materiales e instrumentos”). El instrumento no ofrece puntos de corte para clasificar a los pacientes, pero en este estudio las puntuaciones se acumulan principalmente en los tramos 20,01 – 40 y 40,01 – 60, mostrando frecuencias menores en los tramos de los extremos.

En cuanto al SF-12 v2, en este estudio se han encontrado valores del Componente Físico algo menores a los encontrados por Iraurgi (2007) con el SF-12 en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona (M = 48,35; DT = 9,18), y ligeramente superiores a los encontrados en Cataluña en pacientes con 5 o más trastornos crónicos (M = 43,2, DT = 0,35; Schmidt *et al.*, 2012) o en diabéticos en Murcia (M = 42,5, DT = 11,8; Monteagudo Piqueras *et al.*, 2009). Se cuenta únicamente con 47 observaciones debido a que un participante no devolvió el instrumento completo.

La correlación entre ambas escalas es negativa, elevada y estadísticamente significativa ($p < 0,01$); recuérdese que mientras que puntuaciones mayores en el ASI son indicativas de un peor estado de salud, el SF-12v2 puntúa más alto en aquellos casos de mejor funcionamiento.

5.2.5. Salud mental

Había 10 sujetos en la muestra (20,8%) que presentaban algún diagnóstico de trastorno mental, además de la drogodependencia. En estos pacientes, el diagnóstico más prevalente era de algún trastorno del estado de ánimo (tabla 5.21.).

Tabla 5.21. Diagnósticos psiquiátricos	
Total n(%)	10 (20,8%)
Por categorías n(% sobre los que tienen trastorno)	
Estado de ánimo	5 (50)
Trastorno de personalidad	3 (30)
Trastorno psicótico	1 (10)
TDAH	1 (10)

La valoración de la Salud Mental mediante instrumentos estandarizados (tabla 5.22.) ofrece puntuaciones relativamente bajas en la escala de Salud Mental del ASI, agrupándose la mayoría de los participantes (37,5%) en el tramo inferior. Díaz Mesa *et al.* (2010), con un algoritmo diferente al usado en este trabajo (ver “Materiales e instrumentos”) obtuvieron puntuaciones mayores, indicativas de mayor gravedad del estado de salud mental (M = 39,03, DT = 8,24 en los pacientes estables; M = 44,81, DT = 9,09 en los pacientes inestables). En cuanto a la puntuación del Componente Mental del SF-12 v2, los resultados obtenidos en este trabajo son cercanos a los obtenidos por Iraurgi (2007) con el SF-12 en pacientes heroinómanos en tratamiento con metadona (M = 43,12; DT = 13,46), y a medio camino entre las puntuaciones medias de sujetos con y sin problemas de salud mental obtenidos en Cataluña por Schmidt *et al.*, 2012 (mala salud mental: M = 37,9, DT = 0,62; salud mental normal: M = 51,6, DT = 0,13).

Tabla 5.22. Salud Mental según instrumentos estandarizados	
ASI – Salud Mental (0-100) (n=48)	
Media (DT) (rango)	20,22 (16,30) (0 – 48,53)
Distribución por tramos n(%)	
0 – 10	18 (37,5)
10,01 – 20	6 (12,5)
20,01 – 30	8 (16,7)
20,01 – 40	10 (20,8)
Más de 40.	6 (12,5)
SF-12 v2 – Componente Mental (0-100) (n=47)	
Media (DT) (rango)	44,56 (11,06) (19,42 – 64,21)
Distribución por tramos n(%)	
0 – 20	1 (2,1)
20,01 – 40	14 (29,2)
40,01 – 60	29 (60,4)
Más de 60.	3 (6,3)
HAD (0-21) (n=47)	
Ansiedad M (DT) (Rango)	6,82 (4,53) (0 – 17)
Problemática clínica (≥ 11) n(%)	10 (21,3)
Caso dudoso (8 – 10) n(%)	11 (23,4)
Depresión M (DT) (Rango)	5,70 (3,28) (0 – 13)
Problemática clínica (≥ 11) n(%)	6 (12,8)
Caso dudoso (8 – 10) n(%)	5 (10,6)

Finalmente, las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de Ansiedad y Depresión del HAD son superiores a las encontradas por Caro e Ibáñez (1992) en población normal, tanto en varones (ansiedad: 5,1; DT = 3,01; depresión: 3,39; DT =

2,7) como en mujeres (ansiedad: 7,15; DT = 3,66; depresión: 3,74; DT = 3,04) pero no tan elevadas como las encontradas en una muestra de enfermos mentales (VARONES: ansiedad: 9,25; DT = 4,35; depresión: 8,32; DT = 4,85; MUJERES: ansiedad: 11,05; DT = 5,01; depresión: 8,84; DT = 5,11). De hecho, las puntuaciones obtenidas en este estudio se acercan más a las que Caro e Ibáñez (1992) encontraron en la muestra de enfermos físicos (VARONES: ansiedad: 5,39; DT = 4,26; depresión: 5,82; DT = 4,65; MUJERES: ansiedad: 9,01; DT = 5,56; depresión: 7,89; DT = 4,27). Según los puntos de corte que ofrecen Zigmond y Snaith (1983), en la muestra de este estudio un 21,3% de los sujetos presentaría problemática clínica de ansiedad y un 12,8% tendría problema clínico de depresión.

Tanto para el SF12v2 como para el HAD se cuenta sólo con 47 observaciones, pues un sujeto no devolvió el cuestionario completo.

Las correlaciones de Pearson obtenidas entre estos cuatro indicadores de Salud Mental fueron elevadas, significativas ($p < 0,01$) y en el sentido esperado (con las puntuaciones del SF-12 v2 mostrando una relación negativa con el resto de variables, al ser el SF-12 v2 un indicador de buen funcionamiento, mientras que el resto de instrumentos indican mayor patología) (tabla 5.23.).

Tabla 5.23. Correlaciones entre las variables indicativas de Salud Mental (n=47)			
	Salud Mental (ASI)	Componente Mental (SF12v2)	Ansiedad (HAD)
Salud Mental (ASI)	1		
Componente Mental (SF12v2)	- 0,682**	1	
Ansiedad (HAD)	0,776**	- 0,707**	1
Depresión (HAD)	0,453**	- 0,582**	0,680**
** significativo para $p < 0,01$			

Además, la validez de los diagnósticos psiquiátricos que figuran en las historias clínicas de los pacientes se confirma al observar que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en las escalas del ASI de Salud Mental y del Componente Mental del SF12v2 en función del cumplimiento o no de criterios diagnósticos para trastorno psiquiátrico (no así en las puntuaciones de ansiedad y depresión proporcionadas por el HAD) (tabla 5.24.).

Tabla 5.24. Diferencias en indicadores de Salud Mental según diagnóstico psiquiátrico			
	M (DT)	t_(gl)	p
Salud Mental (ASI)		t₄₆ = -4,073**	0,000
D. psiquiátrico Sí (n=10)	36,41 (8,2)		
D. psiquiátrico No (n=38)	15,96 (15,22)		
Componente Mental (SF12v2)		t₄₅ = 2,435*	0,019
D. psiquiátrico Sí (n=10)	37,38 (8,71)		
D. psiquiátrico No (n=37)	46,5 (10,91)		
Ansiedad (HAD)		t₄₅ = -1,831	0,074
D. psiquiátrico Sí (n=10)	9,1 (3,96)		
D. psiquiátrico No (n=37)	6,22 (4,53)		
Depresión (HAD)		t₄₅ = -0,536	0,594
D. psiquiátrico Sí (n=10)	6,2 (3,55)		
D. psiquiátrico No (n=38)	5,57 (3,24)		

5.2.6. Ajuste social

Las puntuaciones de gravedad de la situación social obtenidas en las diferentes escalas del ASI (tabla 5.25., página siguiente) muestran una distribución bastante homogénea a lo largo del rango posible de respuesta en la escala de Empleo/Recursos del ASI; en este trabajo los datos indican más gravedad y presentan una mayor variabilidad que los que encontraron Díaz Mesa *et al.* (2010), tanto en el grupo de pacientes estables (M = 41,64, DT = 12,7) como en el de inestables (M = 37,11, DT = 12,86).

Muy peculiar resulta la distribución de las puntuaciones de gravedad de la situación legal, en la que la gran mayoría de las observaciones se sitúan en el intervalo 0 – 1 (con un 87,5% que puntúa 0) y un único valor extremo que puntúa 48,33 (en un rango posible de 0 – 100) (Díaz Mesa *et al.*, 2010, obtenían valores de M = 46,91, DT = 2,97, en el grupo de pacientes estables, y de M = 47,09, DT = 3,50 en el grupo de pacientes inestables, sin encontrar en esta ocasión diferencias significativas entre

ambos grupos). De acuerdo a esta distribución muy pocos participantes en la muestra tendrían en la actualidad problemas legales, o estos serían menores.

Tabla 5.25. Situación social según las escalas de gravedad del ASI (0 – 100) (n=48)	
Empleo y recursos M(DT)(rango)	48,93 (28,88) (0,76 – 100)
0 – 25 n(%)	13 (27,1)
25,01 – 50 n(%)	9 (18,8)
50,01 – 75 n(%)	13 (27,1)
75,01 – 100 n(%)	13 (27,1)
Situación legal M(DT)(rango)	1,03 (6,97) (0 – 48,33)
0	42 (87,5)
0,01 – 1 n(%)	5 (10,5)
> 1,01 n (%)	1 (2,1)
Problemas sociales M(DT)(rango)	33,07 (24,88) (0 – 93,75)
0 – 25 n(%)	25 (52,1)
25,01 – 50 n(%)	13 (27,1)
50,01 – 75 n(%)	8 (16,7)
75,01 – 100 n(%)	2 (4,2)
Apoyo social M(DT)(rango)	75,87 (22,36) (0 – 100)
0 – 25 n(%)	1 (2,1)
25,01 – 50 n(%)	7 (14,6)
50,01 – 75 n(%)	18 (37,5)
75,01 – 100 n(%)	22 (45,8)
Problemas de atención a la infancia (n=16)	12,81 (29,60) (0 – 95)
M(DT)(rango)	
0 – 25 n(%)	14 (87,5)
75,01 – 100 n(%)	2 (12,5)

En relación a las escalas de Problemas Sociales y de Apoyo Social, los participantes en este estudio tienden a situarse en los extremos de estas variables que indican un mejor funcionamiento (recuérdese que la escala de Apoyo Social del ASI es la única de este instrumento en la que puntuaciones más altas indican una menor problemática). Así, el funcionamiento de los pacientes de la muestra sería mejor que el que encuentran Díaz Mesa *et al.* (2010): M = 41,4, DT = 6,42 en pacientes estables y M = 47,45, DT = 9,01 en pacientes inestables para Problema Sociales; M = 43,74, DT = 10,25 en pacientes estables y M = 45,44, DT = 12,08 en pacientes inestables para Apoyo Social).

Las puntuaciones para la variable “Problemas de atención en la infancia” únicamente se calculan para aquellos participantes que en el momento de participar en el estudio convivan habitualmente con niños menores de edad (n=16 en esta

muestra). Esta variable adopta una distribución bimodal, con la mayoría de los sujetos obteniendo puntuaciones bajas, en el tramo 0 – 25, pero con dos sujetos obteniendo puntuaciones superiores a 75, sin que nadie haya puntuado en los tramos intermedios. No existen datos para comparar estas puntuaciones, puesto que Díaz Mesa *et al.* (2010) no calculan esta escala. No se olvide que para este trabajo se ha elaborado un algoritmo de cálculo propio, diferente al que usan estos autores.

5.2.7. Calidad de Vida

La puntuación media obtenida en el IDUQOL por los participantes del estudio (103,4) se sitúa un poco por encima de la mitad del rango posible de respuesta (22 – 154). Distribuidas las puntuaciones por intervalos, se observa que la mayoría de las puntuaciones (n = 22, 45,8%) se concentran en el intervalo entre 96 y 110 (tabla 5.26.).

Tabla 5.26. Puntuaciones en el IDUQOL (22-154) (n=48)	
M (DT) (rango)	103,4 (14,76) (58 – 132)
< 70 n(%)	2 (4,2)
71 – 80 n(%)	1 (2,1)
81 – 95 n(%)	10 (20,8)
96 – 110 n(%)	22 (45,8)
111 – 120 n(%)	7 (14,6)
> 120 n(%)	6 (12,5)

Ninguno de los trabajos publicados previamente sobre el IDUQOL (Brogly *et al.*, 2003; Hubley *et al.*, 2005; Iraurgi, 2008) ofrece puntos de corte para clasificar a los usuarios en función de sus puntuaciones, por lo que es difícil saber cómo se sitúan los participantes del estudio en relación a la CV. Los valores obtenidos en este trabajo quedan bastante por encima de los encontrados por Iraurgi (2008) (M = 50,30; DT = 7,75), pero no es posible realizar una comparación directa con sus datos porque este autor utiliza un sistema de corrección del IDUQOL basado en ponderar las puntuaciones de cada ítem en función de la relevancia subjetiva que tuviera para el paciente (no quedando claro cuál sería el rango posible de respuesta). Aquí se ha seguido el método de Hubley *et al.* (2005), quienes prescinden de esta asignación diferencial de pesos. Las puntuaciones obtenidas en este estudio han sido ligeramente superiores a las obtenidas por Hubley *et al.* (2005) (M = 87,99, DT = 20,58; Hubley *et*

al., 2005, hacían una transformación lineal de las puntuaciones dividiendo la suma total de los ítems entre el número de ítems de la escala).

5.2.8. Evitación Experiencial

En este trabajo se toman diferentes medidas indicativas de Evitación Experiencial; por un lado, se cuenta con los dos instrumentos estandarizados AAQ y AAQ-SA (con las dos subescalas de este último); por otro lado, para este estudio se elaboró un instrumento específico para la evaluación de la función de la toma de metadona en términos de Valores (V) – Evitación Experiencial (EE). La tabla 5.27. (página siguiente) muestra los resultados obtenidos con estas medidas. Recuérdese que se invirtieron las puntuaciones del AAQ-SA, de manera que puntuaciones mayores fueran indicativas de una mayor EE en las dos subescalas y en la escala global.

Tabla 5.27. Evitación Experiencial	
AAQ (9 – 63) (n = 46) M (DT) (rango)	39,46 (7,95) (15 – 58)
9 – 19 n(%)	1 (2,2)
20 – 30 n(%)	4 (8,7)
31 – 41 n(%)	23 (50)
42 – 52 n(%)	15 (32,6)
53 – 63 n(%)	3 (6,5)
AAQ-SA (n = 46) M (DT) (rango)	
(Falta de) Compromiso con valores (9 – 63)	23,24 (7,73) (9 – 41)
9 – 19 n(%)	15 (32,6)
20 – 30 n(%)	22 (47,8)
31 – 41 n(%)	9 (19,6)
(Falta de) Aceptación defusionada (9 – 63)	33,61 (15,55) (9 – 59)
9 – 19 n(%)	6 (13)
20 – 30 n(%)	19 (41,3)
31 – 41 n(%)	6 (13)
42 – 52 n(%)	6 (13)
53 – 63 n(%)	9 (19,6)
Total (19 – 133)	56,85 (19,12) (27 – 99)
19 – 41 n(%)	12 (26,1)
42 – 64 n(%)	16 (34,8)
65 – 87 n(%)	15 (32,6)
88 – 110 n(%)	3 (6,5)
Función de la toma de metadona (n=47)	
Escalas (0 – 9) M(DT) (rango)	
Valores	6,57 (2,58) (0 – 9)
Evitación Experiencial	2,38 (2,57) (0 – 9)
Función predominante n(%)	
Valores > Evitación Experiencial	37 (78,7)
Evitación Experiencial > Valores	10 (21,3)

Las puntuaciones obtenidas con el AAQ arrojan valores más bien intermedios, a medio camino entre los resultados que encuentra Barraca (2004) para el grupo de control (M = 36,6; DT = 5,43) y el grupo clínico (M = 44,71; DT = 8,42). En este trabajo, la mitad de las observaciones se agrupan en el tramo 31 – 41.

Luoma *et al.* (2011) no ofrecen datos medios de las puntuaciones del AAQ-SA en su muestra por lo que no es posible comparar los resultados de este trabajo con el suyo. Las observaciones en este estudio se tienden a agrupar en el intervalo medio-bajo del rango posible de respuestas, tanto en cada una de las dos subescalas como en la puntuación global.

El instrumento de evaluación de la función de la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial) ha sido diseñado específicamente para este trabajo, por lo que no existen valores previos de referencia. Los valores medios encontrados en la muestra indicarían que la conducta de la toma de metadona estaría más bien controlada por Valores que por Evitación Experiencial. Un sujeto no devolvió el cuadernillo completo, por lo que sólo se cuenta con 47 observaciones de este instrumento.

Como se ha señalado en el apartado “Materiales e instrumentos”, durante la realización del estudio se detectó un posible sesgo del instrumento que incrementaría artificialmente la puntuación de la escala de Valores en detrimento de la de Evitación Experiencial, al presentar la primera ítems con una redacción más larga y elaborada. Se decidió modificar el instrumento y, finalizado el estudio, se llevó a cabo una comparación de las puntuaciones obtenidas con las distintas versiones.

La versión inicial de la escala ($n = 15$) ofrece una puntuación media de 7 ($DT = 2,48$) en la escala de Valores y una puntuación media de 2 ($DT = 2,48$) en la de Evitación Experiencial. La versión corregida ($n = 32$) ofrece una puntuación media de 6,38 ($DT = 2,64$) para la escala de Valores y de 2,56 ($DT = 2,63$) para la de Evitación Experiencial. Es decir, la versión corregida parece ofrecer valores un poco menos extremos que la primera versión. Esta diferencia, sin embargo, no resulta estadísticamente significativa a un nivel $p < 0,05$ ($t_{45} = 0,772$, $p = 0,44$, para la escala de Valores; $t_{45} = -0,696$, $p = 0,49$, para la escala de Evitación Experiencial), por lo que en el posterior análisis de datos no se separaron los dos conjuntos de observaciones.

No todas estas medidas de EE llegaban a correlacionar entre sí a nivel de significación $p < 0,05$ (tabla 5.28., página siguiente). Además de las esperables correlaciones significativas y en sentido positivo entre las puntuación global del AAQ-SA y cualquiera de sus dos subescalas, así como de las elevadas correlaciones negativas entre los dos factores del instrumento de evaluación de la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial), es interesante observar la elevada correlación del AAQ con la escala de “(falta de) Aceptación defusionada” del AAQ-SA y con la puntuación global

en esta escala (no así con la subescala de Valores de este instrumento). Las dos escalas del AAQ-SA no correlacionan entre sí de manera significativa ($p < 0,05$).

Tabla 5.28. Correlaciones entre medidas de Evitación Experiencial (n=46)					
	AAQ	AAQ-SA Valores	AAQ-SA Aceptación defusionada	AAQ-SA Total	Función de la metadona – Valores
AAQ	1				
AAQ-SA Valores	0,232	1			
AAQ-SA Aceptación defusionada	0,293*	0,267	1		
AAQ-SA Total	0,332*	0,622**	0,921**	1	
Función de la metadona – V	- 0,012	- 0,004	0,062	0,048	1
Función de la metadona – EE	0,006	0,019	- 0,067	- 0,046	- 0,997**
* significativo para $p < 0,05$					
** significativo para $p < 0,01$					

Por último, no se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las puntuaciones del AAQ y el AAQ-SA, y las subescalas de éste, según la función conductual predominante de la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial) (tabla 5.29.).

Tabla 5.29. Diferencias en medidas de EE según función predominante de la toma de metadona			
	M (DT)	t_(gl)	p
AAQ		$t_{44} = 0,736$	0,466
Valores (> Evitación experiencial) (n=36)	39 (7,85)		
Evitación Experiencial (> Valores) (n=10)	41,10 (8,49)		
AAQ-SA Total		$t_{44} = -0,009$	0,993
Valores (> Evitación experiencial) (n=36)	56,86 (18,9)		
Evitación Experiencial (> Valores) (n=10)	56,8 (20,97)		
AAQ-SA (Falta de) Compromiso con valores		$t_{44} = -0,201$	0,842
Valores (> Evitación experiencial) (n=36)	23,36 (7,68)		
Evitación Experiencial (> Valores) (n=10)	22,8 (8,31)		
AAQ-SA (Falta de) Aceptación Defusionada		$t_{44} = -0,089$	0,93
Valores (> Evitación experiencial) (n=36)	33,5 (15,28)		
Evitación Experiencial (> Valores) (n=10)	34 (17,34)		

5.3. Análisis de las variables relacionadas con la Calidad de Vida de los participantes

Previamente a la realización de pruebas estadísticas de diferencias de medias sobre la variable dependiente Calidad de Vida, se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar que la distribución de esta variable, efectivamente, se ajustara a la distribución normal. Efectivamente, fue así ($Z = 0,076$; $p = 0,200$), por lo que fue posible aplicar pruebas paramétricas.

5.3.1. Datos sociodemográficos

La tabla 5.29. muestra que no se encontró relación entre la CV y la edad de los pacientes, así como tampoco hubo diferencias significativas en CV en función de las variables sociodemográficas género, estado civil y situación laboral (únicamente se muestran los valores medios por niveles en las variables de género, estado civil y situación laboral; no así con edad, que en tanto que variable cuantitativa, no presenta niveles).

Tabla 5.29. Diferencias en Calidad de Vida según variables sociodemográficas			
	M(DT)	t_(gl) / F_(gl) / r	p
Edad	-	$r = 0,085$	0,564
Género		$t_{46} = 0,146$	0,884
Varón (n=37)	103,57 (15,11)		
Mujer (n=11)	102,82 (14,19)		
Estado civil		$F_3 = 0,554$	0,648
Nunca casado (n=24)	103,88 (15,621)		
Casado/vive en pareja (n=13)	104,46 (12,22)		
Separado/divorciado (n=7)	105 (7,51)		
Viudo (n=4)	94,25 (26,61)		
Situación laboral		$F_2 = 0,23$	0,795
Activo (jornada parcial o completa) (n=15)	101,73 (16,73)		
Desempleado, buscando activamente (n=12)	105,67 (14,75)		
Fuera del mercado laboral (n=21)	103,29 (14,76)		

5.3.2. Variables del consumo

No se encontraron tampoco diferencias significativas ($p < 0,05$) en CV función de que el paciente tuviera o no algún otro diagnóstico adicional de dependencia o abuso, además del de Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas. La gravedad de la problemática de alcohol según el ASI tampoco mostraba relación con la CV. Sin embargo, la escala de gravedad del ASI de Drogas (tanto si se tiene en cuenta el consumo de cannabis como si no) sí presenta correlaciones negativas con la Calidad de Vida a niveles $p < 0,01$ y $p < 0,05$ respectivamente (tabla 5.30.; sólo se muestran las medias y desviaciones típicas de la Calidad de Vida en los diferentes niveles de las variables cualitativas, no así en las cuantitativas).

Tabla 5.30. Diferencias en Calidad de Vida según variables relacionadas con el consumo.			
	M (DT)	$t_{(gl)} / r$	p
Diagnóstico de consumo de sustancias además de opiáceos		$t_{46} = 0,966$	0,339
No (n=18)	106,06 (9,94)		
Sí (n=30)	101,8 (16,97)		
Escala de gravedad del ASI			
Alcohol	-	$r = -0,235$	0,108
Drogas	-	$r = -0,403^{**}$	0,005
Drogas (excluyendo CNN)	-	$r = -0,322^*$	0,026

5.3.3. Variables del tratamiento

Se analizó también si la Calidad de Vida variaba en función de variables propias del tratamiento con metadona (tabla 5.31., página siguiente; una vez más, sólo se muestran las medias y desviaciones típicas de la Calidad de Vida en los diferentes niveles de las variables cualitativas, no así en las cuantitativas).

Tabla 5.31. Diferencias en Calidad de Vida según variables relativas al tratamiento con metadona			
	Media (DT)	$t_{(gl)} / F_{(gl)} / r$	p
Duración del tratamiento	-	$r = -0,296^*$	0,041
Realización de tratamientos anteriores		$t_{46} = 0,347$	0,730
Sí (n=25)	102,68 (14,78)		
No (n=23)	104,17 (15,02)		
Situación del tratamiento		$t_{46} = -0,503$	0,618
Mantenimiento (n=38)	102,84 (15,56)		
Reducción (n=10)	105,50 (11,67)		
Dosis actual de metadona (sólo si están en mantenimiento, n=38)	-	$r = 0,064$	0,704
Dosis de inicio del tratamiento	-	$r = -0,199$	0,202
Dosis más alta que se ha recibido	-	$r = -0,135$	0,389
Planes sobre el futuro del tratamiento		$F_3 = 0,426$	0,735
Mantenerlo sin cambios (n=14)	100,36 (19,66)		
Reducir en el próximo año (n=8)	107,13 (7,34)		
Reducir en próximos 3 meses (n=16)	102,88 (14,89)		
Actualmente reduciendo (n=10)	105,50 (11,67)		

Se observa que la duración del tratamiento presenta una correlación negativa con la Calidad de Vida ($r = -0,296$, sig. = 0,041). Se detectó, sin embargo, la presencia de un caso que presentaba valores extremos en ambas variables en el sentido de la

correlación (baja CV y mucho tiempo en tratamiento). Dada la sensibilidad del estadístico r de Pearson ante valores extremos (Devlin, Gnanadesikan y Kettenring, 1975), se repitió el análisis excluyendo ese caso de la muestra. Al hacer esto, desapareció la significación de la correlación ($r = -0,185$, sig. = $0,214$) por lo que se decidió no considerar la variable “Duración del tratamiento” para el posterior análisis de regresión.

Asimismo, no se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las puntuaciones de Calidad de Vida en función de haber acudido al menos a una cita con los distintos profesionales durante el mes anterior o los 6 meses anteriores a la participación en el estudio (tabla 5.32, página siguiente).

Tabla 5.32. Diferencias en Calidad de Vida según asistencia a citas			
	M (DT)	t _(gl)	p
Médico	-		
Ha asistido en el último mes		t ₄₆ = -0,522	0,604
Sí (n= 33)	104,15 (14,01)		
No (n= 15)	101,73 (16,69)		
Ha asistido en los 6 meses anteriores		t ₄₆ = -0,167	0,868
Sí (n= 45)	103,49 (15,11)		
No (n= 3)	102 (9,54)		
Psicólogo Clínico	-		
Ha asistido en el último mes		t ₄₆ = -0,070	0,945
Sí (n= 29)	103,52 (13,63)		
No (n= 19)	103,21 (16,73)		
Ha asistido en los 6 meses anteriores		t ₄₆ = -1,569	0,123
Sí (n= 41)	104,76 (13,89)		
No (n= 7)	95,43 (18,28)		
Trabajadora Social	-		
Ha asistido en el último mes ^a		t _{9,583} = 0,484	0,639
Sí (n= 9)	100,56 (20,68)		
No (n= 39)	104,05 (13,31)		
Ha asistido en los 6 meses anteriores		t ₄₆ = 1,012	0,317
Sí (n= 21)	100,95 (15,84)		
No (n= 27)	105,3 (13,87)		
Otros profesionales	-		
Ha asistido en el último mes		t ₄₆ = -1,372	0,177
Sí (n= 4)	113 (12,96)		
No (n= 44)	102,52 (14,73)		
Ha asistido en los 6 meses anteriores		t ₄₆ = -1,115	0,270
Sí (n= 6)	109,67 (11,31)		
No (n= 42)	102,5 (15,09)		

^a No se cumple el supuesto de igualdad de varianzas.

Tampoco se encuentran diferencias significativas a nivel $p < 0,05$ al comparar a los sujetos en función de la realización de controles toxicológicos y los resultados de los mismos (tabla 5.33.).

Tabla 5.33. Diferencias en Calidad de Vida según realización de controles			
	Media (DT)	$t_{(gl)} / F_{(gl)} / r$	p
Ha realizado al menos un control toxicológico en los últimos 6 meses.		$t_{46} = -0,171$	0,865
Sí (n= 32)	103,66 (15,33)		
No (n= 16)	102,88 (14,03)		
Al menos un control es positivo a opiáceos.		$t_{30} = 0,016$	0,987
Sí (n= 7)	103,57 (21,61)		
No (n= 25)	103,68 (13,66)		
Al menos un control es positivo a otras sustancias.		$t_{30} = 0,755$	0,456
Sí (n= 10)	100,6 (16,18)		
No (n= 22)	105,05 (15,1)		

5.3.4. Salud física

Se analizaron asimismo diferencias en Calidad de Vida en función de tener o no alguna de las patologías orgánicas más prevalentes en la muestra (hepatitis, positividad para tuberculosis, VIH/SIDA y alguna enfermedad respiratoria crónica), así como en función de la presencia o no de múltiples condiciones orgánicas. Nuevamente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel $p < 0,05$ (tabla 5.34.).

Tabla 5.34. Diferencias en Calidad de Vida según diagnóstico médico y comorbilidad (n=48)			
	M(DT)	$t_{(gl)} / r$	p
DIAGNÓSTICO			
Hepatitis		$t_{46} = -0,859$	0,395
Sí (n=35)	104,51 (12,74)		
No (n=13)	100,38 (19,49)		
Positividad para tuberculosis	-	$t_{46} = 1,01$	0,317
Sí (n=21)	100,95 (14,74)		
No (n=27)	105,3 (14,77)		
VIH/SIDA		$t_{46} = 0,486$	0,629
Sí (n=19)	102,11 (16,81)		
No (n=29)	104,24 (13,49)		
Enfermedad respiratoria crónica		$t_{46} = -0,096$	0,924
Sí (n=10)	103,8 (10,68)		
No (n=38)	103,29 (15,78)		
COMORBILIDAD			
Número de diagnósticos orgánicos	-	$r = -0,024$	0,870
Número de diagnósticos orgánicos (por intervalos)		$t_{46} = -0,375$	0,709
0 – 2 (n = 26)	102,65 (16,45)		
3 o más (n = 22)	104,27 (12,81)		

Por otro lado, sí se apreció una correlación inversa significativa $p < 0,05$ entre CV y la puntuación de gravedad de Salud Física de la escala del ASI (no así la subescala de “Componente Físico” del SF-12, tabla 5.35.).

Tabla 5.35. Correlaciones entre CV y las escalas de salud.		
	r	p
Salud Física (ASI) (n=48)	-0,325*	0,024
Componente Físico (SF-12 v2) (n=47)	0,239	0,106

5.3.5. Salud mental

De igual manera que no se observaban diferencias en CV en función de la presencia o no de trastornos orgánicos, tener un diagnóstico psiquiátrico tampoco afectaba a la CV ($p < 0,05$). Sin embargo, peores índices de salud mental en el ASI y el SF-12, así como mayor experiencia de ansiedad en el HAD (no así de depresión) predecían peor CV (tabla 5.36.).

Tabla 5.36. Diferencias en Calidad de Vida según variables de Salud Mental			
	M (DT)	t_(gl) / r	p
Trastorno psiquiátrico		$t_{46} = 1,184$	0,243
Sí (n=10)	98,5 (9,98)		
No (n=38)	104,68 (15,63)		
Escalas			
Salud Mental (ASI) (n=48)	-	-0,401**	0,005
Componente Mental (SF-12 v2) (n=47)	-	0,358*	0,014
Ansiedad (HAD) (n=47)	-	-0,507**	0,000
Depresión (HAD) (n=47)		-0,285	0,052

5.3.6. Ajuste social:

De entre las escalas del ASI dirigidas a evaluar problemática social, sólo la de problemas sociales mostraba una correlación significativa inversa con la CV (tabla 5.37.).

Tabla 5.37. Correlaciones entre CV y gravedad de situación social según el ASI (n = 48)		
	r	p
Empleo/recursos	-0,049	0,740
Situación legal	-0,156	0,291
Problemas sociales	-0,371**	0,009
Apoyo social	0,141	0,340

5.3.7. Evitación Experiencial

Finalmente, todas las medidas de EE recogidas a través de escalas estandarizadas presentaban correlaciones significativas e inversas con la CV ($p < 0,05$); las dos subescalas del AAQ-SA mostraban también este patrón. Sin embargo, el instrumento de valoración de la función de la metadona elaborado *ad hoc* para este estudio no mostró ninguna correlación con las puntuaciones de CV (tabla 5.38.).

Tabla 5.38. Correlaciones entre CV y Evitación Experiencial		
	r	p
Escalas.		
AAQ	-0,355*	0,015
AAQ-SA Total	-0,446**	0,002
AAQ-SA “(Falta de) Compromiso con valores”	-0,356*	0,015
AAQ-SA “(Falta de) Aceptación defusionada”	-0,372*	0,011
Función de la metadona		
Valores	-,017	,910
Evitación Experiencial	,010	,945

Asimismo, tampoco se encontraron diferencias en CV según la función predominante de la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial) (tabla 5.39.).

Tabla 5.39. Diferencias CV según función predominante de la toma de metadona (n = 47)			
	M (DT)	t_(gl)	p
Función de la toma de metadona		t₄₅ = 0,200	0,842
Valores (> Evitación experiencial) (n=37)	103,43 (15,91)		
Evitación Experiencial (> Valores) (n=10)	104,5 (10,33)		

5.4. Análisis de predictores de la Calidad de Vida de los participantes

En la fase anterior del análisis de datos, únicamente variables cuantitativas mostraron relaciones significativas con la Calidad de Vida, por lo que no fue preciso dicotomizar variables cualitativas y obtener los valores de la correlación biserial-puntual para hacer unas y otras variables comparables entre sí en términos de la fuerza de la correlación y el valor de la significación.

Como se ha señalado anteriormente, para su inclusión en el análisis de regresión se tomaron en consideración únicamente aquellas variables que hubieran mostrado un valor de significación $p < 0,01$. Esto deja las siguientes variables: las escalas de gravedad del ASI para Drogas ($r = -0,403$; $p = 0,005$), Salud Mental ($r = -0,401$; $p = 0,005$), escala de Ansiedad del HAD ($r = -0,507$; $p = 0,000$) y Problemas sociales ($r = -0,371$; $p = 0,009$) y Evitación Experiencial según el AAQ-SA ($r = -0,446$; $p = 0,002$).

Al observar el grado de correlación que presentaban estas variables entre sí, se decidió excluir la variable de Salud Mental según el ASI para evitar problemas de multicolinealidad, por presentar un valor de correlación muy superior al que presentaban las demás variables y aproximarse demasiado al límite de 0,80 sugerido por Lewis-Beck (1980) (tabla 5.40.; estos resultados se calcularon excluyendo casos perdidos según análisis).

Tabla 5.40. Correlaciones entre las variables consideradas para el análisis de regresión (n=46)				
	ASI Drogas	ASI Salud Mental	ASI Problemas Sociales	HAD Ansiedad
ASI Drogas	1			
ASI Salud Mental	0,196	1		
ASI Problemas Sociales	0,262	0,479**	1	
HAD - Ansiedad	0,336*	0,778**	0,359*	1
AAQ-SA	0,469**	0,333*	0,362*	0,354*
* significativo para $p < 0,05$				
** significativo para $p < 0,01$				

Asimismo, como el orden de introducción de las variables en el modelo afecta al resultado del análisis (Etxeberria, 1999, p. 69), se introdujeron en función del valor del coeficiente de correlación de Pearson, en el siguiente orden: Puntuación de ansiedad en el HAD, Evitación Experiencial según el AAQ-SA, escala de gravedad del ASI sobre consumo de drogas y escala de gravedad del ASI sobre problemas sociales.

Como el tratamiento de los casos perdidos se hizo según lista, y efectivamente había casos perdidos en las variables introducidas en el modelo (un sujeto no devolvió el cuadernillo y otro respondió de manera muy incompleta el AAQ-SA), el tamaño total de muestra con que se realizó el análisis fue de $n=46$.

El análisis de regresión por pasos acabó incluyendo finalmente en el modelo sólo la puntuación de Ansiedad en el HAD y la Evitación Experiencial evaluada mediante el AAQ-SA. Las escalas de gravedad del ASI de Drogas y de Problemas Sociales resultaron excluidas del modelo (no aportaban más a la explicación de la variabilidad de la Calidad de Vida que lo que ya explicaban las otras dos variables). Este modelo explicaba el 41,9% de la varianza en Calidad de Vida (R^2 ajustado = 0,419) (tabla 5.41.). Utilizando el programa ofrecido por Soper (2015) se estima que la potencia estadística del análisis es de 0,99980756, lo cual se considera un valor óptimo, teniendo en cuenta que la recomendación de Cohen (1992) indica que valores adecuados de potencia serían los superiores a 0,80.

Tabla 5.41. Análisis de regresión múltiple por pasos sobre la variable Calidad de Vida.					
Modelo	R	R²	R² ajustado	Error típico de estimación	test de Durbin-Watson
1	0,622	0,387	0,373	10,529	
2	0,667	0,445	0,419	10,131	1,950
Modelo 1. Predictores: (constante), HAD-Ansiedad.					
Modelo 2. Predictores: (constante), HAD-Ansiedad, AAQ-SA.					

Según el modelo final, una mayor Calidad de Vida se relacionaría con unas menores sintomatología de ansiedad y evitación experiencial. La tabla 5.42. muestra los coeficientes de cada variable en la ecuación final de regresión.

Tabla 5.42. Coeficientes de la ecuación de regresión.					
Variable	Coeficiente no estandarizado	Error típico	t	p	Tolerancia
(constante)	125,513	4,789	26,211	0,000	
Ansiedad (HAD)	-1,546	0,354	-4,367	0,000	0,875
AAQ-SA	-0,180	0,084	-2,128	0,039	0,875

Finalmente, no hubo violaciones significativas de los supuestos matemáticos para un análisis de regresión:

- El valor del índice de tolerancia fue de 0,875 (tabla 5.42.) que, al ser próximo a 1, indica que no hay problemas de multicolinealidad (Etxeberria, 1999, p. 86).
- No se detectaron valores extremos en el análisis de residuos (residuos superiores a 3 desviaciones típicas por encima del valor pronosticado, de acuerdo a la recomendación de Etxeberria, 1999, pp. 97 – 98).
- El valor del estadístico de Durbin-Watson fue de 1,95 (tabla 5.41.); teniendo en cuenta el tamaño de la muestra y el número de variables predictoras usadas en el presente estudio (Durbin y Watson, 1951), se puede mantener la hipótesis de que no existe relación entre las puntuaciones pronosticadas y los valores de la variable dependiente en otros elementos de la muestra.
- El histograma de los residuos estandarizados (figura 5.1., página siguiente) y la prueba de Kolmogorov-Smirnov muestran que la distribución de dichos residuos se ajusta suficientemente a la curva normal ($Z = 0,108$; $p = 0,200$).

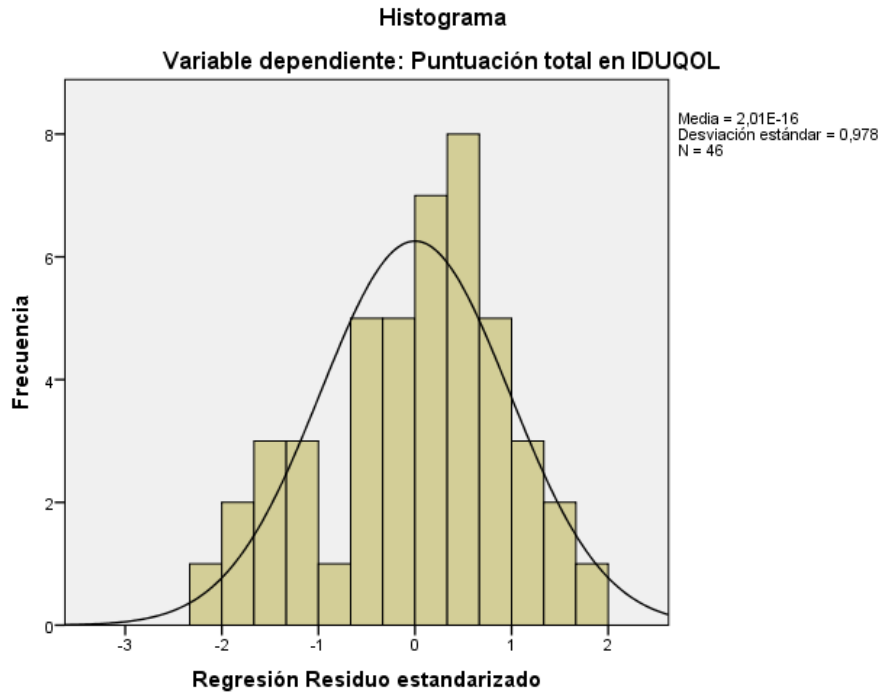


Figura 5.1. Histograma de residuos tipificados

5.5. Contraste de hipótesis

Se procede a continuación a contrastar las hipótesis iniciales con los resultados obtenidos:

- Hipótesis 1. Los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos mostrarán:
 - H_{1.1}. Bajos niveles de consumo de sustancias. En concreto, se espera que los índices generales de gravedad del consumo se mantengan a niveles bajos; asimismo, se espera que el consumo reciente de opiáceos sea también bajo o inexistente; por otro lado, se espera que el consumo reciente de otras sustancias sea también bajo, pero no necesariamente tan bajo como el consumo de opiáceos.
 - Se confirma:
 - Las puntuaciones en las escalas de gravedad del ASI de consumo de Alcohol y de Drogas se mantuvieron en el rango bajo (Alcohol: 56,7% de los participantes con puntuaciones

en el intervalo 0 – 10, siendo el rango total de la escala 0 – 100; Drogas: 50% de los participantes con puntuaciones en el intervalo 0 – 100, siendo el rango total de la escala 0 – 100; Drogas – excluyendo CNN: 72,9% de los participantes con puntuaciones en el intervalo 0 – 100).

- Sólo 5 sujetos (10,4 %) refirieron haber consumido heroína en el mes anterior. El consumo de otras sustancias (cocaína, 11 sujetos – 22,9%; cannabis, 15 sujetos – 31,3%) fue más elevado, considerándose aun así bajo. Entre aquellos pacientes que habían consumido algún tóxico, la mayoría se mantenía en una frecuencia baja de consumo.
- H_{1.2}. Asistencia regular a citas con profesionales (al menos, 1/mes con algún profesional del centro).
 - No se confirma:
 - En el mes anterior a la participación en el estudio 15 sujetos (31,3%) no habían tenido cita con médico; 19 sujetos (39,6%) no habían tenido cita con psicólogo clínico; 39 sujetos (81,3%) no había tenido cita con trabajadora social y 44 sujetos (91,7%) no habían tenido cita con otros profesionales. Había 9 sujetos (18,8%) que no habían asistido a citas con ningún profesional en el mes anterior. En la mayoría de los casos que sí habían tenido cita durante el mes anterior, esto había sucedido en una única ocasión.
 - Estos porcentajes se incrementan al observar los 6 meses anteriores a la participación en el estudio. Aun así, había todavía 3 sujetos (6,25%) que no habían tenido cita con médico en ese periodo; 7 sujetos (14,6%) que no habían tenido cita con psicólogo clínico; 27 sujetos (56,25%) que no habían tenido cita con trabajadora social y 42 sujetos

(87,5%) de pacientes que no habían tenido cita con otros profesionales. Además, había 1 sujeto (2,1%) que no habría tenido ninguna cita en todo este periodo.

- H_{1.3}. Bajos niveles de salud física.
 - Se confirma:
 - Solo 4 sujetos (8,3%) se encontraban libres de diagnóstico orgánico; 14 sujetos (29,2%) presentaban un único diagnóstico orgánico, mientras que 20 sujetos (43,8%) presentaban entre 2 y 4 diagnósticos orgánicos y 9 sujetos (18,9%) presentaban más de 4 diagnósticos orgánicos.
 - Si bien los valores en la escala de Salud Física del ASI son inferiores a los encontrados por Díaz Mesa *et al.* (2010), se recordará que aquí se ha usado un algoritmo de corrección elaborado *ad-hoc*. Las puntuaciones de los pacientes del estudio en el Componente Físico del SF-12 v2 han sido inferiores a los encontrados por Iraurgi (2007) con el SF-12.
- H_{1.4}. Bajos niveles de salud mental.
 - Se confirma parcialmente:
 - Había 10 pacientes en la muestra (20,8%) que cumplirían criterios diagnósticos para algún cuadro psiquiátrico más allá de la drogodependencia.
 - Las puntuaciones de Salud Mental del ASI eran más bien bajas, indicando una menor gravedad. Las puntuaciones del Componente Mental del SF-12 v2 son cercanos a los obtenidos por Iraurgi (2007) con el SF12, e inferiores a los encontrados en población normal por Schmidt *et al.* (2012), pero no tan malos como los encontrados en ese trabajo en personas con problemas de salud mental.

- Las puntuaciones obtenidas con el HAD señalan que 21 sujetos (44,7%) tendrían o podrían tener un problema clínico de ansiedad, mientras que 11 sujetos (23,4%) tendrían o podrían tener un problema clínico de depresión.
- H_{1.5}. Altos niveles en problemas de ajuste social.
 - Se confirma parcialmente: en la escala de gravedad del ASI de Empleo y Recursos se observa que 26 sujetos (54,2%) se sitúan en la mitad superior del rango de respuesta posible, indicando mayor gravedad. Sin embargo, las puntuaciones en las escalas de Situación legal y Problemas sociales serían más bien bajas (25 sujetos, 52,1%, en el tramo inferior en la escala de Problema sociales) o muy bajas (42 sujetos, 87,5%, habrían puntuado 0 en Situación Legal), y los sujetos puntuarían alto en Apoyo social (22 sujetos, 45,8%, en el tramo superior de la escala, indicando mayor apoyo).
- Hipótesis 2. Los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos mostrarán niveles elevados de Evitación Experiencial.
 - H_{2.1}. Las puntuaciones en las escalas de Evitación Experiencial serán elevadas.
 - Se confirma parcialmente: Las puntuaciones del AAQ son superiores a las encontradas por Barraca (2004) en población general; en este trabajo, 41 sujetos (89,1%) se situaban en la mitad superior del rango de puntuaciones; no existen datos para comparar las puntuaciones del AAQ-SA, pero las puntuaciones en las subescalas de este instrumento, así como en la puntuación global, tienden a agruparse en el tramo medio-bajo del rango posible de respuestas.
 - H_{2.2}. La función de la toma de metadona será predominantemente de Evitación Experiencial (vs. Valores).

- No se confirma: la puntuación media de la escala de Valores es superior a la de Evitación Experiencial (6,57 vs. 2,38); asimismo, son más los pacientes para quienes la función de Valores puntúa por encima de la de Evitación Experiencial (78,7% vs. 21,3%).
- Hipótesis 3. La calidad de vida de los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos se relacionará con variables sociodemográficas, relacionadas con el consumo, clínicas y relacionadas con el tratamiento. En concreto:
 - H_{3.1}. Respecto a las variables sociodemográficas, se espera que el ser mujer y tener una mayor edad sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - No se confirma. No se observaron diferencias en Calidad de Vida según género, ni tampoco se encontró relación significativa entre Calidad de Vida y edad.
 - H_{3.2}. Respecto a las variables relacionadas con el consumo, se espera que una mayor problemática de consumo en el momento de la evaluación sea predictora de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - No se confirma. Una mayor puntuación en la escala de gravedad del ASI de Drogas (tanto teniendo en cuenta el consumo de cannabis como excluyéndolo) correlacionaba con menores puntuaciones en CV. Sin embargo, esta variable no acabó formando parte del modelo de regresión para predecir la CV. Además, ni la gravedad del consumo de alcohol ni la presencia de otros trastornos de consumo más allá de la Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas se relacionaban con la CV.
 - H_{3.3}. Respecto a las variables clínicas asociadas relacionadas con la salud física, se espera que un mayor deterioro de la salud física (i.e. más patologías orgánicas y/o peor estado general de salud) sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.

- No se confirma:
 - No se hallaron diferencias significativas en CV en función de presentar los diagnósticos orgánicos más prevalentes en la muestra (Hepatitis, positividad para tuberculosis, VIH/SIDA y enfermedad respiratoria crónica) o de la cantidad de diagnósticos orgánicos que se presentaran simultáneamente
 - La escala de gravedad de la Salud Física del ASI sí mostró correlación con la CV en el sentido esperado; sin embargo, el nivel de significación no fue suficiente para que esta variable fuese considerada para formar parte del modelo de regresión para predecir la CV. La escala del Componente Físico del SF-12 v2 no mostró ningún tipo de relación con la CV.
- H_{3.4}. Respecto a las variables clínicas asociadas relacionadas con la salud mental, se espera que un mayor deterioro en la salud mental (i.e. presencia de diagnóstico psiquiátrico y/o malestar emocional) sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - Se confirma parcialmente:
 - No se observaron diferencias de CV según se presentase o no un diagnóstico psiquiátrico.
 - La escala de gravedad de Salud Mental del ASI, el Componente Mental del SF-12 v2 y la subescala de ansiedad del HAD mostraron correlaciones significativas en el sentido esperado con la CV (a mayor malestar emocional, peor CV). El único indicador de malestar emocional que no mostró correlación con la CV fue la escala de depresión del HAD. La puntuación de ansiedad según el HAD acabó formando parte del modelo de regresión para explicar la CV.

- H_{3.5}. Respecto a las variables de ajuste social, se espera que un peor ajuste social sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - No se confirma. Sólo la escala de gravedad del ASI de problemas sociales mostró relación con la CV, pero no acabó formando parte de la ecuación de regresión. Ni el apoyo social, ni los problemas de empleo o recursos, ni los problemas legales mostraron relación con la CV.
 - H_{3.6}. Respecto a las variables relacionadas con el tratamiento, se espera que la calidad de vida de los pacientes no se vea afectada por el tiempo de duración del tratamiento ni por la dosis de metadona.
 - Se confirma. Aunque inicialmente se encontró una correlación inversa significativa entre CV y duración del actual episodio de tratamiento, dicha correlación desaparecía al eliminar del análisis un caso que presentaba valores extremos en ambas variables. No se halló ninguna relación entre la dosis actual de metadona y la CV; asimismo, tampoco se hallaron relaciones entre la CV y la dosis de inicio del tratamiento o la dosis más alta que se había recibido a lo largo del tratamiento.
 - H_{3.7}. Respecto a las variables relacionadas con el tratamiento, se espera que una mejor calidad de vida esté relacionada con una mayor asistencia a citas con profesionales.
 - No se confirma. No se hallaron diferencias en CV en función de haber acudido a cita al menos una vez, en el mes anterior y en los 6 meses anteriores, con médico, psicólogo clínico, trabajadora social u otros profesionales.
- Hipótesis 4. La calidad de vida de los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos se relacionará con la Evitación Experiencial. En concreto:

- H_{4.1}. Se espera que una mayor Evitación Experiencial sea predictor de una peor calidad de vida en los pacientes.
 - Se confirma. La EE, medida tanto con el AAQ, como con el AAQ-SA, así como con cualquiera de las dos subescalas de este, mostró una correlación inversa significativa con la CV. La EE según el AAQ-SA acabó formando parte del modelo de regresión para explicar la CV.
- H_{4.2}. Se espera que aquellos pacientes para los que la toma de metadona tenga una función predominante de evitación experiencial (vs. Valores) muestren una peor calidad de vida que aquellos para quienes la toma de metadona tenga una función predominante de valores (vs. Evitación experiencial).
 - No se confirma. La función conductual predominante en la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial) no discriminó entre pacientes de alta o baja CV.
- Hipótesis 5: El instrumento de evaluación de la función de la toma de metadona se relacionará con otras medidas de Evitación Experiencial. Más en concreto:
 - H_{5.1}. El grado en que la toma de metadona tiene función de Evitación Experiencial se relacionará con otras medidas de Evitación Experiencial.
 - No se confirma. Las puntuaciones en las escalas de Valores y Evitación Experiencial en el instrumento de evaluación de la función de la toma de metadona no mostraban relación con las puntuaciones en los demás instrumentos de Evitación Experiencial.
 - H_{5.2}. La función predominante de la toma de metadona (Evitación Experiencial vs. Valores) discriminará entre puntuaciones en otras medidas de Evitación Experiencial.

- No se confirma. La función conductual predominante en la toma de metadona (Valores vs. Evitación Experiencial) no discriminó diferencias en las puntuaciones de Evitación Experiencial en ninguno de los instrumentos utilizados.

6. Discusión

Este trabajo presenta el valor de haberse realizado en un contexto real de atención clínica y con una población tradicionalmente considerada como difícil (Bride y Kintzle, 2011; Freudenberg, 1986; Garner, Knight y Simpson, 2007). Por su énfasis en la Calidad de Vida de los participantes, el estudio se encuadra dentro de la tendencia a dar relevancia a otros aspectos en la atención a drogodependientes más allá de la abstinencia a sustancias. El instrumento utilizado, además, parte de una visión de la CV como algo más amplio que el simple estado de salud, y más afín a la visión subjetiva de los propios drogodependientes (de Maeyer *et al.*, 2009), y tiene la ventaja de haber sido diseñado específicamente para esta población.

Otro de los puntos de interés de este trabajo es la novedad de contemplar la Evitación Experiencial como una posible variable relevante a la hora de explicar la CV en esta población. Finalmente, es preciso señalar que en este trabajo han participado pacientes que llevaban en ocasiones varios años en tratamiento con metadona de manera ininterrumpida; la mayoría de los estudios referidos en la primera parte de este trabajo mostraban datos de pacientes en su primer año tras haber iniciado el tratamiento, y pocas veces los seguimientos superaban los 3 años. La inclusión en el estudio de pacientes con recorridos largos de tratamiento supone también una novedad respecto de los estudios previos realizados en este campo.

6.1. Los pacientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos

En la muestra de este estudio predominaban los varones (77,1%) sobre las mujeres, al igual que en otros trabajos sobre esta población en España (Escudero Torras, 2000; Gutiérrez *et al.*, 2001; Jiménez Treviño *et al.*, 2000).

Otros datos sociodemográficos comparables a los de otros trabajos son el nivel de estudios (predominantemente, Educación Obligatoria, Escudero Torras, 2000;

Gutiérrez *et al.*, 2001; Jiménez Treviño *et al.*, 2000), las formas de convivencia (solteros y conviviendo con la familia de origen, Gutiérrez *et al.*, 2001) y la proporción de personas activas laboralmente (algo menos de un tercio de la muestra, Gutiérrez *et al.*, 2001). Por otro lado, en el estudio actual había una mayor proporción de pacientes que habían estado en prisión, y con estancias sensiblemente más largas, que en el trabajo de Jiménez Treviño *et al.* (2000).

Los participantes en el estudio presentaron niveles bajos de consumo de tóxicos, tanto de opiáceos como, en menor medida, de otras sustancias. Entre aquellos que sí habían consumido, la frecuencia de este consumo era baja en la mayoría de los casos.

Aun así, todavía había un 10,4% de sujetos que refirieron consumo de opiáceos el mes anterior, así como una proporción mayor de sujetos que en ese mismo periodo había consumido cocaína (22,9%) o cannabis (31,3%). Por lo tanto, si bien la frecuencia de consumo es, efectivamente, baja, el consumo no llega a estar erradicado en el total de la muestra. Esto confirmaría que el tratamiento con metadona, *per se*, no garantiza el mantenimiento de la abstinencia, y que ésta probablemente depende de un conjunto amplio de factores psicológicos y sociales.

La prevalencia de otros diagnósticos por consumo de sustancias, además de Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas, es variable. Exceptuando el diagnóstico de Dependencia de cocaína (43,8%), la prevalencia de otros diagnósticos es más bien baja. Esto puede deberse a que para efectuar estos diagnósticos, según criterios DSM-IV-TR, el paciente debe percibir el consumo como algo problemático o perjudicial, y éste puede no ser siempre el caso en el consumo de alcohol y cannabis.

La baja frecuencia del diagnóstico de Dependencia de tranquilizantes, hipnóticos y ansiolíticos puede resultar sorprendente por lo prevalente del consumo de benzodiacepinas en esta población (Fernández Sobrino, Fernández Rodríguez y López Castro, 2009). Esto podría explicarse por que el paciente minimice u oculte el consumo de medicación sedante fuera de pauta médica, o bien que se entienda que si este consumo se ajusta a lo prescrito por un facultativo, no se cumplirían criterios de dependencia.

La frecuencia de asistencia a citas con profesionales de referencia era desigual en función del tipo de profesional en cuestión y, tomando los datos en su globalidad, relativamente baja. El tipo de profesional con quien más frecuentemente se citaban los pacientes era con el médico, seguido del psicólogo clínico. En la mayoría de los casos que sí habían acudido a cita durante el mes anterior, esto habría sucedido en una única ocasión. En el intervalo de los seis meses previos a la participación en el estudio, la frecuencia media de asistencia a citas con médico y psicólogo clínico habría sido de una ocasión cada dos meses; la frecuencia sería todavía inferior en el caso de los profesionales del área social.

Estos datos globales ocultan el hecho de que habría pacientes, en una menor proporción, que sí mantendrían elevada frecuencia de asistencia a citas con los distintos profesionales con continuidad. Para entender estos datos sería preciso tener en cuenta aspectos tan dispares como las necesidades del paciente en las áreas médica, psicológica y social, la percepción de utilidad que para el paciente tienen las citas, y las políticas del centro a la hora de plantear seguimiento a los pacientes atendidos.

Los pacientes en tratamiento con metadona habrían percibido tradicionalmente una falta de interés por parte de los sistemas de atención para entender su perspectiva particular sobre el tratamiento y sobre sus vidas (Montagne, 2002). En la medida en que los pacientes puedan percibir a los profesionales como parte de este sistema alienante, el profesional se encontraría con numerosas barreras a la hora de efectivamente vincular y hacerse relevante para estos pacientes.

Otro factor en el que es importante incidir es que los tratamientos con metadona son largos (en la muestra, la duración del actual tratamiento oscilaba entre las 79 y las 912 semanas), y es posible que las necesidades de atención del paciente oscilen a lo largo de todo el proceso. En este estudio sólo han participado pacientes que llevaban al menos un año en tratamiento, es decir, que ya han finalizado la fase de inducción de metadona por parte del médico, y en los que las necesidades iniciales de atención psicológica y social ya han sido evaluadas y atendidas; es probable que durante su primer año de tratamiento los pacientes presenten una mayor frecuencia

de asistencia a citas y que, una vez que las primeras necesidades se hayan abordado o que el paciente ya esté orientado hacia cómo resolverlas, tanto el paciente como el sistema perciban que la necesidad de seguimiento del caso es menor.

Recuérdese, además, que una proporción importante de casos se mantenían abstinentes y cuando sí existía consumo de tóxicos, este era por lo general considerado como no problemático (en el caso del cannabis) o presentaba baja frecuencia (en el caso de heroína o cocaína). Una vez más, este hecho puede redundar en una menor percepción de la necesidad de seguimiento, tanto para el paciente como por parte de los profesionales.

Los participantes en el estudio presentaban, por lo general, un mal estado de salud, como se ve en la gran proporción de patologías médicas crónicas (VIH, Hepatitis), con un elevado grado de comorbilidad entre las diferentes condiciones. La atención médica que puedan requerir estos pacientes desde el CAID estaría principalmente dirigida a que el paciente realice de manera adecuada los tratamientos y seguimientos pertinentes en los correspondientes dispositivos sanitarios.

En menor medida, presentaban también dificultades emocionales y sociales. En relación a las primeras, el porcentaje de casos de trastorno psiquiátrico diagnosticado (20,8%) quedaría por debajo del 44,7% de sujetos que tendrían o podrían tener un problema clínico de ansiedad de acuerdo al HAD.

Las diferentes escalas relativas a salud mental y malestar emocional (ASI – Salud Mental, Componente Mental del SF-12v2, HAD-Ansiedad y HAD-Depresión) muestran correlaciones significativas entre sí, y la presencia de un diagnóstico psiquiátrico discrimina entre mayores y menores puntuaciones en las escalas correspondientes del ASI y del SF-12v2 (no así entre las subescalas del HAD). Aun así, quedaría aún una proporción importante de pacientes con dificultades emocionales (principalmente de ansiedad), siendo éstos, quizás, casos que no han sido adecuadamente diagnosticados o bien, si no, pacientes con niveles subclínicos de malestar emocional que, no obstante, deben recibir algún tipo de atención.

En lo relativo a problemática de ajuste social, ésta se centraría principalmente en el área de empleo y recursos. Sólo un 31,2% de la muestra se encontraba laboralmente activo, y el 43,8% se consideraba fuera del mercado laboral. Las dificultades legales serían menores pues, a pesar de que una gran mayoría habían sido detenidos en algún momento de sus vidas (91,7%) y una proporción importante habían estado ingresados en prisión (58,3%), el 75 % de los participantes se encontraban libres de problemas legales en la actualidad.

Así, se trata de pacientes que presentan, en diferente grado, dificultades de salud física, salud mental y ajuste social, y eso a pesar de que la problemática de consumo de tóxicos no era demasiado grande; se concluye, por tanto, la existencia de otras necesidades más amplias en esta población, más allá de la drogodependencia. Esto coincide con la tendencia, iniciada a finales de los años 80 y generalizada ya en la actualidad, de incluir la CV como una variable resultado relevante a la hora de diseñar y evaluar intervenciones en el campo de las adicciones (de Maeyer *et al.*, 2010; Fernández-Miranda, 2003; Iraurgi, 2002; Laudet, 2011, por citar sólo a unos pocos).

Uno de los intereses principales de este trabajo era la evaluación de la Evitación Experiencial en la muestra. Teniendo en cuenta las referencias que ofrece Barraca (2004), podría pensarse que los pacientes en tratamiento con metadona presentan niveles de Evitación Experiencial superiores a los de población normal. Este hecho no debería sorprender, al haberse relacionado la EE con la adicción a sustancias en diversos trabajos (Baker *et al.*, 2004; Levin *et al.*, 2012; Stewart *et al.*, 2002; Stotts *et al.*, 2014).

Por otro lado, dado que Luoma *et al.* (2011) no ofrecen datos normativos para el AAQ-SA, no es fácil interpretar los niveles de Evitación Experiencial obtenidos en la muestra mediante este instrumento y, además, no se cumple una de las hipótesis principales de este trabajo: al contrario de lo que se esperaba, la toma de metadona parece ser más una conducta dirigida a Valores que un comportamiento de Evitación Experiencial.

6.2. Predictores de la CV en drogodependientes en tratamiento con metadona

No se encuentra aquí el hallazgo de otros trabajos relativo a que la CV mostraría relación con la edad (Batki *et al.*, 2009; de Maeyer *et al.*, 2010; Lofwall *et al.*, 2005; Millson *et al.*, 2006) y el género de los participantes (Giacomuzzi *et al.*, 2005; Haug *et al.*, 2005; Puigdollers *et al.*, 2004). De Mayer *et al.* (2010) ya informan de que no en todos los trabajos se han encontrado diferencias en CV según estas variables demográficas, por lo que se trataría más bien de variables mediadoras cuya influencia dependería de otros factores.

Por intentar entender este resultado, se puede observar que tanto Millson *et al.* (2006) como Batki *et al.* (2009) evalúan la CV mediante el SF-36 y el SF-12 respectivamente, y en ambos trabajos la relación que se encuentra es entre edad y el Componente Físico de esos instrumentos. Esto sería una concepción de la CV más restrictiva que la que se ha empleado en este estudio, por lo que no sería de extrañar que al emplear una concepción más amplia y comprehensiva de la CV, y entrar en juego, por tanto, más variables, el posible efecto de la edad se difumine entre otras fuentes de influencia.

En cuanto al género, es muy probable que las diferencias en CV asociadas a este factor dependan de aspectos relativos a las normas sociales y reglas de género que rijan en los diferentes contextos donde se lleve a cabo cada estudio en cuestión. Al aislar por medios estadísticos el impacto de esta variable, Torrens *et al.* (1997) no habrían encontrado ninguna relación entre género y CVRS.

A pesar de que presentar otro diagnóstico de consumo de sustancias, además del de Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas, no discriminaba entre distintas puntuaciones de CV, sí se observó una relación inversa significativa entre la gravedad del consumo de drogas según el ASI y la CV.

Este hallazgo es interesante, por cuanto que en la mayoría de los trabajos que informan de una relación negativa entre el consumo y la CV, se ha utilizado más bien un instrumento de CVRS, no habiendo apenas datos sobre el impacto del consumo sobre la CV entendida ésta de forma más amplia (de Maeyer *et al.*, 2010). Un trabajo

que sí es relevante a este respecto es el de de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert (2011), quienes no encuentran diferencias en CV en función de haber consumido o no heroína durante el mes anterior.

Con todo, en el presente estudio, la gravedad del consumo de drogas no acabó formando parte de la ecuación de regresión para predecir la CV, al no aportar nada por encima de las otras variables introducidas en el modelo.

La relación que pueda tener el consumo de tóxicos sobre la CV de los pacientes es probablemente muy compleja y dependiente de diversos factores:

- La gravedad del consumo, y la valoración subjetiva que haga el paciente de esta gravedad. Pacientes con historias previas de importante dependencia pueden mostrarse satisfechos con haber conseguido reducir el consumo en dosis y frecuencia, aunque no mantengan una abstinencia completa. Por otro lado, otros pacientes pueden valorar el consumo de manera muy negativa, incluso si se mantiene a niveles bajos, si consideran que el consumo es algo que les gustaría erradicar definitivamente de sus vidas.
- El impacto real que tenga este consumo actual sobre áreas tales como la salud, el bienestar psicológico, la economía y la calidad de las relaciones interpersonales. Es posible que un consumo controlado a niveles bajos no tenga un impacto importante, por lo menos a corto plazo, sobre la vida del paciente, quien habría encontrado la manera de “hacer sitio” en su vida a un nivel de consumo que considera aceptable.
- La importancia subjetiva que para el paciente tengan aspectos vitales diferentes del consumo. Los pacientes con una trayectoria de mayor cronicidad, con historia de criminalidad y/o exclusión social, pueden haber aprendido a contentarse con un desarrollo sub-óptimo de las diferentes áreas de la vida, de manera que toleren adecuadamente el impacto pernicioso que pueda tener el consumo sobre los demás aspectos.

En este trabajo, por otro lado, no se encontró relación entre la gravedad del consumo de alcohol y la CV.

La gravedad de la Salud Física según el ASI mostró una relación significativa inversa con la CV, pero no a un nivel de significación suficiente ($p < 0,01$) como para que pudiera ser considerada para el análisis de regresión. Los demás indicadores de salud física (Componente Físico del SF-12 v2 y presencia de enfermedades y comorbilidad orgánica) no mostraron relación alguna con la CV.

Es importante tener en cuenta que en los trabajos previos en los que sí se había encontrado relación entre el estado de salud y la CV (Batki *et al.*, 2009; Fernández Miranda *et al.*, 1999; Millson *et al.*, 2006; Nosyk *et al.*, 2011; Puidollers *et al.*, 2004), esta CV se entendía más bien como CVRS. El IDUQOL, utilizado en el presente estudio, únicamente presenta un ítem relacionado con satisfacción con la propia salud (y un segundo ítem relativo a satisfacción con la atención en servicios sanitarios), por lo que la carga directa del estado de salud física sobre la puntuación global es relativamente pequeña; por otro lado, hasta tres de los trabajos que encontraron relación entre el estado de salud física y la CV utilizaron como variable dependiente la puntuación del Componente Físico del SF-36 (Batki *et al.*, 2009; Fernández Miranda *et al.*, 1999; Millson *et al.*, 2006), cuando aquí se ha utilizado ese factor del SF12 v2 como una posible variable predictora más.

Sí se encuentra, al igual que en otros estudios, un impacto del malestar emocional sobre la CV: tanto las puntuaciones más generales de gravedad de Salud Mental del ASI y Componente Mental del SF-12 v2, como la puntuación más específica de ansiedad del HAD, mostraban relaciones significativas inversas sobre la CV y, de hecho, esta última variable entró a formar parte de la ecuación de regresión de la CV, explicando por sí sola el 37,3% de la varianza. La puntuación de depresión según el HAD presenta una correlación con la CV a un nivel $p = 0,052$, por lo que es probable que dicha correlación cumpliera el criterio estándar de significación estadística $p < 0,05$ de contar con una muestra más grande (siempre y cuando se mantuviera la relación entre las variables, claro está).

La importancia del estado emocional sobre la CV es señalada también por de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert (2011), cuando una puntuación global de malestar psicológico pasa a ser la variable con mayor poder explicativo en su modelo. Otro predictor relevante era tomar medicación para el malestar emocional. Parece, pues, clara la influencia del estado psicológico sobre la CV de estos pacientes.

Sin embargo, en el presente trabajo no se encontraron diferencias en CV en función de presentar diagnóstico psiquiátrico. Una posible explicación podría ser que existan casos psiquiátricos en la muestra que no hayan sido adecuadamente diagnosticados, a pesar que aquellos casos que sí presentan diagnóstico, en comparación con los que no, presentaban peores puntuaciones en las escalas de Salud Mental del ASI y del Componente Mental del SF12 v2.

Recuérdese que la información acerca del diagnóstico mental se recogió de las historias clínicas de los participantes; en el CAID no se utilizan instrumentos diagnósticos estructurados para la realización de estos diagnósticos, de manera que podría haber casos que pasaran desapercibidos, sobre todo entre aquellos pacientes con menor seguimiento.

Las problemáticas sociales no se relacionaron en gran medida con la CV. Sólo la escala de gravedad del ASI de Problemas sociales mostró una relación inversa con la CV, pero no llegó a formar parte de la ecuación de regresión. Otros trabajos sí han encontrado un mayor impacto de aspectos sociales sobre la CV, pero utilizaban quizás indicadores mucho más concretos que las puntuaciones-resumen que ofrecen las escalas del ASI (p. ej., de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert, 2011, encuentran que contar con actividad estructurada y tener al menos un amigo serían predictores de la CV).

Al igual que en otros trabajos, en este estudio no se encontró relación entre CV y aspectos propios del tratamiento, como la duración del mismo y la dosis de metadona (Deering *et al.*, 2004). Los beneficios de los tratamientos con agonistas opiáceos parecen tener lugar sobre todo en los primeros meses tras su inicio, observándose con el tiempo una estabilización o incluso un retroceso, aunque no a los

niveles iniciales (de Maeyer *et al.*, 2010). Los pacientes en esta muestra llevaban más de un año en tratamiento, algunos con trayectorias de varios años de forma ininterrumpida, por lo que es de esperar que el factor tiempo no suponga ningún impacto sobre la CV a estas alturas.

Por otro lado, en este trabajo no se encontró relación entre la asistencia a citas con profesionales y la CV. No se han encontrado otros estudios que investiguen este aspecto, por lo que no es posible establecer comparaciones. La frecuencia de asistencia a citas con profesionales en la muestra era relativamente baja. Es posible que aquellos pacientes que tengan una mayor CV encuentren menos sentido en la asistencia a citas, al no considerarlas necesarias; por otro lado, aquellos con peor CV, y que sí tendrían mayor necesidad de un seguimiento profesional, podrían encontrarse precisamente con dificultades para realizar ese seguimiento con continuidad por sus diversas problemáticas médicas, emocionales, sociales o de mayor gravedad del consumo.

Además, el impacto potencial que pueda tener la actuación profesional sobre la CV de los pacientes es, en todo caso, resultado de un proceso a medio-largo plazo, que requiere constancia y cierto grado de exposición a la incertidumbre; es probable que pacientes en situación personal de mayor deterioro se desanimen y desistan si no perciben un resultado mayor y de forma más inmediata como consecuencia de su asistencia a citas. De ser esto cierto, movilizar la motivación de estos pacientes supondría un importante desafío para los profesionales que les atienden.

Una de las variables que sí muestran relación con la CV en esta población es la Evitación Experiencial, lo cual confirma una de las principales hipótesis del trabajo. Niveles elevados de Evitación Experiencial, evaluados tanto con el AAQ como con el AAQ-SA y las dos subescalas de éste, indicaban peor CV. De hecho, la puntuación global del AAQ-SA fue la segunda variable que pasó a formar parte del modelo de regresión de la CV, por delante de variables relativas a la gravedad del consumo de drogas o cuestiones sociales. Esta es la primera vez, que se tenga noticia, que se estudia esta relación en esta población, además con resultados positivos.

Sin embargo, no se cumplió la otra gran hipótesis del trabajo, relativa a la función conductual de la toma de metadona (Evitación Experiencial vs. Valores): ni la puntuación de los factores (EE vs. Valores) correlacionaba con la CV, ni un predominio de la función de EE sobre la de Valores indicaba peor CV.

De hecho, las puntuaciones obtenidas mediante el instrumento de evaluación de la función de la metadona han resultado independientes de cualquier otra variable relevante contemplada en el estudio y no han mostrado tampoco relación con otras medidas de EE.

Se recordará que durante la implementación del estudio se detectó un posible sesgo hacia mayores puntuaciones en Valores en función de cómo estaban redactados los ítems. Se decidió corregir este aspecto elaborando más los ítems relativos a EE, para que estuvieran en igualdad de condiciones que los ítems que conformaban la escala de Valores. No obstante, el instrumento siguió ofreciendo puntuaciones mayores en Valores que en EE.

Una explicación de la falta de relación entre estas puntuaciones y la CV podría ser, simplemente, que la hipótesis ha resultado ser incorrecta y que la función conductual de la toma de metadona es irrelevante de cara a la CV del paciente. Vista, por otro lado, la importancia que sí ha demostrado la EE evaluada mediante escalas estandarizadas, se contempla también la posibilidad de un mal diseño del instrumento de evaluación de la función de la toma de metadona.

Los ítems se redactaron en función de la experiencia clínica del autor de este trabajo en la atención a esta población, y se contrastó su contenido con otros trabajadores del CAID. A la hora de elaborar el instrumento, no se tuvo en cuenta la perspectiva del paciente o el grado de comprensión de éste sobre el contenido de los ítems. Se considera ahora que si se hubieran llevado a cabo técnicas cualitativas, tipo entrevista en profundidad o grupos de discusión con los pacientes (a la manera que describen de Maeyer, Vanderplasschen, Camfield *et al.*, 2011), se habrían podido obtener más y mejores ítems que sirvieran para capturar mejor las percepciones de los pacientes en relación a por qué se mantienen en tratamiento con metadona. Un conjunto de ítems elaborado de esta manera podría ser posteriormente probado en un

estudio piloto que permitiera determinar mejor la comprensión del ítem que muestran los pacientes, y ajustar la redacción de manera acorde.

Además de este elemento, otro factor que puede haber contribuido a la poca relevancia del instrumento es el aspecto de la deseabilidad social. A pesar de haber elaborado más la redacción de los ítems propios de EE para estar en igualdad de condiciones con los de Valores, el contenido de estos últimos todavía destaca por referirse a cuestiones personales más elevadas y significativas; es probable que en una situación de entrevista ante un profesional el paciente se sienta dirigido a seleccionar esos ítems por encima de los que hacen referencia a la EE, aunque esta última elección fuera más ajustada a su experiencia. El hecho de que el administrador de la prueba y autor de este trabajo forme parte de la plantilla laboral del CAID puede haber incrementado este sesgo.

Podría ser por tanto deseable que este tipo de evaluación la llevaran a cabo agentes externos al equipo profesional que atiende al paciente; en cualquier caso, es importante hacer especial hincapié en la importancia de seleccionar aquellas motivaciones que el paciente encuentre más cercanas a su situación, independientemente de cuáles fueran las que preferiría elegir de cara a otros y a sí mismo. Es posible también que la validez del instrumento mejorase si se deja más tiempo al paciente para leer los ítems, familiarizarse con su contenido y contrastar con su experiencia cuáles son los más ajustados a los motivos por los que se mantiene en tratamiento con metadona.

6.3. Implicaciones

En primer lugar, este trabajo pone de manifiesto la relación entre la CV de pacientes drogodependientes en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos y factores genuinamente psicológicos (nivel de ansiedad y Evitación Experiencial). Estas dos variables fueron las únicas que resultaron predictoras de la CV en un análisis de regresión, por encima incluso de factores relativos al tratamiento o específicos del consumo, o aspectos médicos y sociales.

Dada la naturaleza transversal del estudio, no puede automáticamente concluirse una relación causal entre las variables designadas como predictoras y la variable elegida como dependiente. La consideración de la naturaleza de las variables en un diseño correlacional como el aquí utilizado obedece a la elección del experimentador en base a los modelos teóricos que maneje y, desde el punto de vista estrictamente estadístico, es arbitraria. Una correlación entre dos variables cuantitativas da cuenta únicamente de la fuerza de la asociación, pero no de la dirección de la causalidad de una sobre otra o, incluso, de la posibilidad de que ambas variables estén afectadas por una tercera.

Si se entiende que, efectivamente, el grado de ansiedad y la Evitación Experiencial de los pacientes tienen un impacto sobre su Calidad de Vida, se derivaría entonces la necesidad de abordar explícitamente estos aspectos en las intervenciones. Habría además que entender de qué manera estas variables influyen en la CV.

Los ítems del HAD que componen la escala de ansiedad aluden principalmente a una experiencia subjetiva de tensión o inquietud (recuérdese que Zigmond y Snaith, 1983, excluyeron ítems relativos a sensaciones somáticas para evitar falsos positivos de ansiedad en muestra hospitalaria). Sería posible que la experiencia de ansiedad interfiriese con la capacidad de los pacientes para experimentar disfrute en las áreas que el IDUQOL evalúa, sobre todo con aquellas que tuvieran un componente más social/interpersonal (como ocio, amistades y familia). Un nivel de ansiedad elevado podría también interferir con el desempeño del paciente en su vida en general, lo que tendría como consecuencia un desarrollo mediocre de las áreas vitales significativas.

Igualmente podría entenderse la relación en sentido inverso: un contexto vital poco desarrollado y poco gratificante sería experimentado con ansiedad por parte del paciente. Obsérvese que ha sido la ansiedad, y no la depresión, la variable que ha mostrado relación con la CV; podría de aquí deducirse que la vida de los pacientes drogodependientes en tratamiento con metadona sería para ellos un contexto estresante que evocaría una reacción de alerta y ataque o huida.

En cuanto a la EE, se recordará que ésta hacía referencia a la tendencia a actuar con la finalidad de moderar o disminuir el contacto con experiencias privadas aversivas

(pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones). Este patrón de conducta se generalizaría rápidamente por el reforzamiento negativo propio de las conductas de escape/evitación, así como por procesos verbales relativos a reglas acerca de la evitación como la estrategia de elección ante el malestar (Hayes *et al.*, 1996). Al igual que en el caso de la ansiedad, se puede entender su relación con la CV de manera inversa: un contexto vital empobrecido generaría con mayor probabilidad este estilo de afrontamiento evitador.

Sin embargo, existe también alguna evidencia de estudios longitudinales prospectivos acerca de la EE como un factor relevante para explicar el curso y desarrollo de trastornos emocionales futuros (Spinhoven *et al.*, 2014), lo que otorgaría a esta variable papel causal. Y no es difícil entender de qué manera un patrón persistente de comportamiento dirigido a la evitación puede conducir a largo plazo a un deterioro de la situación vital y, consecuentemente, de la CV. Por lo tanto, sería sensato plantear que intervenciones dirigidas a disminuir la EE podrían suponer un efecto beneficioso sobre la CV del paciente en tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos.

Sería necesario entender también la relación entre ansiedad y EE. Estas dos variables han mostrado una importante relación en distintos estudios (Hayes *et al.*, 2004; Kashdan *et al.*, 2006), así como en este mismo trabajo ($r = 0,354$, $p < 0,05$). En el modelo de regresión, la EE aportaba un 4,6% más de poder explicativo sobre la variabilidad de la CV a la ansiedad por sí sola. Podría proponerse que la EE, en tanto que factor distinto, moderaría el impacto de la ansiedad sobre la CV, de manera que un individuo que presentara elevada ansiedad pero menor EE no presentaría una CV tan mala como un individuo con el mismo nivel de ansiedad y mayor EE. Esto sería coherente con el modelo propuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso de que lo problemático no sería tanto el síntoma sino la reacción ante el mismo (Twohig, Masuda, Varra y Hayes, p. 108).

El modelo obtenido en este trabajo permitiría explicar el 41,9% de la varianza de la CV. Se considera un buen porcentaje para deberse a sólo dos variables. Quedaría aun así por explicar una proporción importante de la variabilidad, que puede estar

compuesta por variables no contempladas en este trabajo o, también, por variables que sí han sido contempladas pero cuya influencia no ha llegado a ser detectada por cuestiones metodológicas (tamaño muestral pequeño, problemas de medición).

Es importante recordar aquí, no obstante, que el hecho de que una variable no haya pasado a formar parte del modelo de regresión no quiere decir que no tenga relevancia sobre la variable dependiente; esto, más bien, significa que la contribución que puede hacer esa variable a la explicación de la varianza de la variable dependiente ya está asumida por otras variables en el modelo (Etxeberria, 1999; p. 118).

El pequeño tamaño muestral del estudio, por un lado, limita el número de variables que se pueden considerar para un modelo de regresión (Etxeberria, 1999, p. 84) y, por otro, puede hacer que pasen desapercibidas relaciones relevantes entre variables. Podría ser, por tanto, que variables en principio descartadas en este trabajo sí presenten importante relación con la CV en estudios más amplios.

Con una muestra de $n = 159$, de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert (2011) consiguen explicar el 60,2% de la varianza de la CV con cinco predictores (malestar psicológico, incapacidad para modificar las condiciones de vida, tomar psicofármacos, tener al menos un amigo y contar con una actividad cotidiana estructurada). Estos autores, por otro lado, no evaluaban la EE ni ninguna otra variable que pudiera enmarcarse dentro de las estrategias psicológicas de afrontamiento; por tanto, no es posible saber si la composición de las variables predictoras o el poder explicativo de su modelo habrían variado en caso de haber incluido estos factores.

En este trabajo no se evalúa de manera directa el consumo de psicofármacos prescritos, aunque se puede entender esta variable como una aproximación al estado de salud mental; dentro de las variables de ajuste social del ASI se incluirían los aspectos de tener un buen amigo y contar con actividad estructurada, aunque el efecto de estas puede haberse visto diluido entre otras variables que no resultaran relevantes. En lo que sí coinciden este trabajo y el de Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, van Nieuwenhuizen, Sabbe y Broekaert (2011) es en no otorgar poder explicativo a aspectos relativos al tratamiento o a la gravedad del consumo de

sustancias. Dado que éstas han sido las variables que hasta ahora más se han estudiado en este campo, esto debería servir para orientar futuros estudios en la dirección de considerar otros aspectos más novedosos como posibles variables predictoras.

Por último, no se puede dejar pasar el hecho de que no se observó relación entre la asistencia a citas con profesionales y la CV de los pacientes. En general, no eran muchos los pacientes que acudían a citas con continuidad. Sería importante encontrar formas de mejorar la adherencia de los pacientes a la intervención profesional, y de mejorar también ésta para incidir sobre la ansiedad y la EE.

6.4. Limitaciones

Este trabajo presenta una serie de limitaciones que es preciso tener en cuenta y que deben matizar las conclusiones obtenidas.

Para empezar, y como se ha comentado en el apartado anterior, el diseño transversal del estudio no permite inferir causalidad de las relaciones obtenidas. Para poder efectivamente determinar el papel causal de cualquier variable sobre la CV habría sido preciso emplear un diseño longitudinal prospectivo, a poder ser con varios momentos de medida y durante un tiempo prolongado. Las conclusiones obtenidas en este trabajo sólo apuntan a la importancia de considerar variables de tipo psicológico en futuras investigaciones que empleen diseños más robustos.

Otro problema del estudio es que no pudo contarse con el algoritmo de corrección del ASI-6 que Díaz Mesa *et al.* (2010) utilizan para calcular las diferentes puntuaciones de las escalas de gravedad. A pesar de que en este trabajo se pudo elaborar un algoritmo *ad-hoc* que ha permitido explotar los datos, los resultados obtenidos no son comparables con otros estudios, limitando el alcance de los hallazgos.

Relacionado con esto, podría decirse que la batería de evaluación es demasiado amplia y que podría generar fatiga en los pacientes, comprometiendo la validez de las respuestas; lo amplio del protocolo, además, obligó a dejar fuera de la evaluación a otras posibles variables predictoras que habría sido interesante incorporar, como por

ejemplo cuestionarios sobre estrategias de regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Gross y John, 2003) o distintos tipos de afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), así como medidas más amplias de malestar emocional (Derogatis, 1994).

Asimismo, gran parte de la información recogida se basa exclusivamente en la palabra del paciente, lo que puede comprometer la validez de la información relativa a áreas más sensibles, tales como el consumo reciente de tóxicos o la realización de actividades ilegales. Por otro lado, dado que en este estudio los pacientes no eran gratificados de ninguna manera por su participación, a diferencia de en la mayoría de los estudios revisados en la primera parte del trabajo, se puede entender que aquellos que sí quisieron formar parte de la muestra se encontraban realmente motivados para responder con sinceridad a las preguntas. No obstante esto, el sesgo de deseabilidad social y dificultades de memoria podrían haber afectado a algunas respuestas.

Pero la principal limitación metodológica del trabajo residiría en su pequeño tamaño muestral. Una muestra pequeña limita el alcance del análisis estadístico de los datos (como ya se ha descrito en el apartado anterior) y, además, incrementa el riesgo de que no se esté trabajando con una porción representativa de la población que se pretende estudiar.

Al comparar las características de los participantes en el estudio con las de aquellos que prefirieron no formar parte del mismo, la única diferencia detectada es que aquellos que sí participaron habían tenido en mayor proporción al menos una cita con psicólogo clínico en el mes anterior y en los seis meses anteriores a la realización de la entrevista. Esto es fácil de explicar, pues un paciente con poca vinculación con el psicólogo mostrará más reticencias a la hora de tomar parte en una investigación de Psicología. Las conclusiones del trabajo, por tanto, no serían necesariamente extrapolables a aquellos pacientes con una menor adherencia a esta figura profesional.

Además de esto, no hay que perder de vista que fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que fallecieron, ingresaron en prisión o fueron trasladados a otros recursos antes de poder participar. No puede garantizarse que las características de estos sujetos excluidos sean equivalentes a las de aquellos de los que sí se han

recogido datos. Los niveles de consumo en la muestra eran relativamente bajos. Es posible que individuos con una mayor problemática actual de consumo presenten otros patrones de relación entre la CV y otras variables relacionadas, distintos al que aquí se ha encontrado.

El hecho de que hubiera pacientes que sí se comprometieran con participar en el estudio pero que, en última instancia, faltaban a la cita programada, y esto en repetidas ocasiones, merece una mención especial.

Las dificultades para realizar investigación empírica en esta población quedan de manifiesto al observar las altas tasas de abandono de los participantes en los estudios longitudinales prospectivos revisados en la primera parte de este trabajo: Giacomuzzi *et al.* (2005) pasan de 67 a 25 sujetos en tres años; Maremmani *et al.* (2007) pasan de 213 a 163 sujetos en un año; Padaiga *et al.* (2007) pasan de 102 a 71 sujetos en 6 meses; Ponizovsky y Grinshpoon (2007) pasan de 304 a 129 sujetos en 8 meses y Karow *et al.* (2011) comienzan con 1.015 sujetos pero tienen 681 un año después.

Ante el fenómeno imprevisto de aquellos pacientes que aparentemente accedían a participar para después no asistir se plantean dos posibles hipótesis explicativas:

1. Por un lado, las respuestas afirmativas de los pacientes podrían deberse a la deseabilidad social, al menos en algunos casos; al ser preguntados si querían participar o no en el estudio, directamente responderían en afirmativo, sin pararse a considerar hasta qué punto realmente estaban interesados en formar parte del trabajo; más adelante, perderían la motivación para participar o directamente olvidarían el compromiso. En otros casos, es posible que la respuesta afirmativa fuera la forma más fácil para los pacientes de poner fin a esa situación en que se les estaba pidiendo algo, sin siquiera tener intención de realizar la entrevista y rellenar los cuestionarios. A pesar de que en posteriores contactos se les insistía en el carácter voluntario de su participación, volvían a comprometerse en asistir a una siguiente cita a la que nuevamente faltaban, hasta que finalmente eran

excluidos de la muestra y se podía introducir a un sujeto suplente en el listado.

2. Por otro lado, otros pacientes podían estar genuinamente interesados en participar pero, en este caso, serían muy malos planificadores; un sector de este tipo de pacientes no están acostumbrados a hacer planes, ni siquiera a corto plazo. Se trataría de pacientes que en el momento en que se comprometían con una fecha y una hora para la realización de la entrevista, no eran capaces de prever mínimamente las diferentes contingencias que ellos o su entorno tenían que poder organizar para que, efectivamente, pudieran presentarse a la hora programada (por ejemplo, coincidencia con otras citas médicas, cuidado de otros familiares, necesidad de realizar gestiones...); en algunos casos parecía que sí eran conscientes de posibles circunstancias incompatibles con la asistencia a la realización de la entrevista, pero que daban ya por sentado que llegar tarde o no presentarse era una opción aceptable, sin tener en cuenta las circunstancias del investigador.

Tanto en uno como en otro caso, la explicación de fondo que emerge es que se trata de pacientes que no están acostumbrados a que otra persona cuente con ellos, y que hasta cierto punto contemplan como asumible, dentro de su patrón de funcionamiento, quedar mal ante otros; eso sí, prefieren no estar presentes en el momento en que otra persona se sienta decepcionada o experimente enfado por su actuación. En la línea de las hipótesis planteadas en este trabajo, éste podría ser perfectamente un comportamiento bajo control de la Evitación Experiencial.

6.5. Líneas futuras de investigación.

Vista la evidencia preliminar de que la EE podría ser una variable relevante a la hora de explicar la CV de pacientes en tratamiento con metadona, se considera interesante la posibilidad de continuar investigando en esa dirección. Por un lado, estaría bien incluir en futuras investigaciones otras variables de tipo psicológico, como la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Gross y John, 2003) o el afrontamiento (Carver *et al.*, 1989), para ver de qué manera se relacionan estos constructos con la EE

y con medidas más amplias de malestar emocional (Derogatis, 1994). Sería conveniente asimismo superar las limitaciones del diseño transversal y buscar la manera de implementar estudios longitudinales prospectivos, aunque los problemas encontrados a la hora de investigar en esta población harían difícil cumplir con las exigencias metodológicas de estos diseños, que requieren seguimientos repetidos durante ventanas amplias de tiempo, conservando un tamaño muestral aceptable de un momento de medida al siguiente.

Puesto que se ha observado la relación entre la EE y la ansiedad sobre la CV de los pacientes, podrían plantearse asimismo intervenciones que abordaran explícitamente estos factores, y comparar el impacto de dichas intervenciones sobre la CV con ayuda de un grupo control que estuviera recibiendo el tratamiento habitual. Esto permitiría ver también el papel causal sobre la CV de las variables que se modificaran como resultado de la intervención.

La subpoblación estudiada en este trabajo (dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona) es un grupo muy específico dentro de la población general de pacientes con problemas de consumo de sustancias. Sería interesante asimismo replicar este trabajo en otros grupos de pacientes (p. ej., alcohólicos, cocainómanos o consumidores de cannabis como droga principal) y observar hasta qué punto se repiten los hallazgos de este estudio. Otra posibilidad sería también estudiar los cambios de CV al inicio del tratamiento con metadona y a lo largo del primer año, observando si cambios en variables psicológicas preceden a cambios en la CV de los pacientes.

En este trabajo se ha tomado la CV como una única puntuación global, pero sería también interesante ver qué áreas resultan más sensibles a las distintas variables predictoras; un análisis factorial del IDUQOL y nuevos análisis de regresión múltiple permitirían abordar esta cuestión, pero probablemente fuera para eso necesario contar con muestras más amplias.

El desarrollo adecuado del instrumento para la evaluación de la toma de metadona podría ser también una futura línea a seguir, dedicando más tiempo a estudiar la redacción de los ítems y contrastar su comprensión por parte de la

población diana. Contar con un instrumento que efectivamente capture la función conductual de la toma de metadona permitiría contrastar la hipótesis de que la CV se relaciona con dicha función (Valores vs. EE).

Pero quizás la cuestión que más relevante se ha hecho a lo largo del desarrollo de este trabajo es la relativa a la adherencia de los pacientes. El patrón observado en algunos pacientes de comprometerse a participar en el estudio para, finalmente, no presentarse, incluso cuando se les volvía a preguntar y se les recordaba el carácter voluntario de su participación, no sería muy distinto al que la experiencia clínica en el CAID muestra en relación a la asistencia a citas programadas con sus profesionales de referencia. En ocasiones daría la impresión de que el hecho de asistir el paciente a la cita resulte más importante para el profesional que le atiende que para el propio paciente, y que éste se sentiría ajeno a cualquier intervención más allá de la recogida y toma de la metadona.

¿De qué depende este comportamiento? Identificar factores potencialmente manipulables que expliquen la adherencia de los pacientes a las citas y el aprovechamiento de las intervenciones permitiría, en última instancia, que el paciente obtuviera mayores beneficios de su tratamiento.

La propia naturaleza de la pregunta de investigación, qué diferencia a aquellos pacientes que acuden a citas de aquellos que no acuden, impone ya una dificultad considerable al diseño del estudio. ¿Cómo recoger información de un paciente que no está presente? Una forma de paliar en parte este problema sería recopilar datos de las historias clínicas (tiempo en tratamiento, sustancias problema...) y elaborar un cuestionario estructurado con preguntas acerca del paciente que puedan completar los profesionales de referencia que le conocen y que permita arrojar algo de luz acerca de las variables que podrían estar controlando su comportamiento.

Establecer con estos pacientes una verdadera vinculación puede ser un factor crítico en el tratamiento, además de uno de los mayores desafíos que supone la atención a esta población (Miller y Moyers, 2015). Esto solo puede hacerse desde el marco de referencia del propio paciente, esforzándose por comprender sus motivaciones y valores, y mostrando empatía incluso ante el rechazo de la figura

profesional. Independientemente de que toda intervención planteada sea siempre susceptible de mejora, esta intervención no podrá implementarse adecuadamente si el paciente no la percibe como relevante para sí mismo y en el contexto de una relación terapéutica que sienta como de verdadera aceptación y apoyo.

Las tareas de investigación y asistencia a esta población son exigentes y, a menudo, ingratas. Sin embargo, cuando se observa en su totalidad el difícil contexto vital de muchos de estos pacientes, con biografías marcadas por el maltrato, el abandono y la soledad, trabajar duramente por contribuir a mejorar su Calidad de Vida emerge como todo un reto, en cuya dificultad radica su nobleza.

REFERENCIAS:

- Addington-Hall, J. y Kalra, L. (2001). Who should measure quality of life? *British Medical Journal*, 322(7299), 1417 – 1420. doi: 10.1136/bmj.322.7299.1417
- Albrecht, G. L. y Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science in Medicine*, 48(8), 977 – 988. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00411-0
- Allison, M. y Hubbard, R. L. (1985). Drug abuse treatment process: A review of the literature. *International Journal of the Addictions*, 20(9), 1321 – 1345. doi: 10.3109/10826088509047770
- Alonso, J. (2002). *Cuestionario de Salud SF-12 v2*. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica.
- Alonso, J., Anto, J. M. y Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity, *American Journal of Public Health*, 80(6), 704 – 708. doi: 10.2105/AJPH.80.6.704
- Álvarez Díaz, N. y Esteve Zarazaga, R. (2009). Deshabituación en drogodependientes y dolor crónico. *Psicothema*, 21(2), 199 – 205.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F. y Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 321 – 329. doi: 10.1016/j.jsat.2005.02.007
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado [DSM-IV-TR]*. Barcelona: Masson.
- Anderson, K. L. y Burckhardt, C. S. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 298 – 306. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00889.x
- Andlin-Sobocki, P. y Rehm, J. (2005). Cost of addiction in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(supl. 1), 28 – 33. doi: 10.1111/j.1468-1331.2005.01194.x
- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1974). Developing Measures of Perceived Life Quality: Results from Several National Surveys. *Social Indicators Research*, 1(1), 1 – 26. doi: 10.1007/BF00286419
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5ª Ed. Arlington, VA: Ed. Médica Panamericana.
- Ausubel, D. P. (1966). The Dole-Nyswander Treatment of Heroin Addiction. *Journal of the American Medical Association*, 195(11), 949 – 950. doi: 10.1001/jama.195.11.949
- Badía, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*, 112(Supl. 1), 79 – 96.

- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R. y Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33 – 51. doi: 10.1037/0033-295X.111.1.33
- Bale, R. N., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M. J., Elashoff, R. M. y Zarcone, V. P. (1980). Therapeutic Communities vs Methadone Maintenance. A Prospective Controlled Study of Narcotic Addiction Treatment: Design and One-Year Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37(2), 179 – 193. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780150069008
- Ball, J., Corty, E., Bond, H., Myers, C. y Tommasello, A. (1988). The reduction of intravenous heroin use, non-opiate abuse and crime during methadone maintenance treatment: further findings. *NIDA Research Monograph*, 81, 224 – 230.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) [Adaptación Española del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505 – 515.
- Batki, S. L. (1988). Treatment of intravenous drug users with AIDS: the role of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20(2), 213 – 216. doi: 10.1080/02791072.1988.10524497
- Batki, S. L., Canfield, K. M., Smyth, E. y Ploutz-Snyder, R. (2009). Health-related quality of life in methadone maintenance patients with untreated hepatitis C virus infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(3), 176 – 182. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.12.012
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M. y Rasmussen, N.K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 12(2), 85 – 91. doi: 10.1002/mpr.145
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1996). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893 – 897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R.A., Ball, R. y Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588 – 597. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Begotka, A. M., Woods, D. W. y Wetterneck, C. T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy*, 35(1), 17 – 24. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.02.001

- Benaiges, I., Prat, G. y Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 106. doi: 10.1186/1477-7525-10-106
- Bennett, T., Holloway, K. y Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107 – 118. doi: 10.1016/j.avb.2008.02.001
- Bertschy, G. (1995). Methadone maintenance treatment: An update. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(2), 114 – 124. doi: 10.1007/BF02190738
- Bisgrove, S. W. (1931). Clinic problems. *Psychiatric Quarterly*, 5, 300 – 306. doi: 10.1007/BF01585224
- Bobes, J. (1995). Evaluación de la Calidad de Vida en psiquiatría: ¿lujo o necesidad de valoración comprensiva? *Psiquiatría Biológica*, 2(6), 207.
- Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J.L., Díaz Mesa, E.M., Flórez, G., García-Portilla, M. P y Sáiz, P. A. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676 – 688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bradley, C. (2001). Importance of differentiating health status from quality of life. *The Lancet*, 357(9249), 7 – 8. doi: 10.1016/S0140-6736(00)03562-5
- Bratter, T. E. y Pennacchia, M. C. (1978). The negative self-fulfilling prophecy of methadone maintenance. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy*, 24(1), 1 – 5.
- Brazier, J., Roberts, J. y Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economy*, 21(2), 271-292. doi: 10.1016/S0167-6296(01)00130-8
- Bride, B. E. y Kintzle, S. (2011). Secondary Traumatic Stress, Job Satisfaction, and Occupational Commitment in Substance Abuse Counselors. *Traumatology*, 17(1), 22 – 28. doi: 10.1177/1534765610395617
- Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A. y Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: Development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Substance Use & Misuse*, 38(7), 965 – 992. doi: 10.1081/JA-120017619

- Brownstein, M. J. (1993). A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 90(12), 5391 – 5393. doi: 10.1073/pnas.90.12.5391
- Bunge, M. (1975). What is a Quality of Life indicator? *Social Indicators Research*, 2(1), 65 – 79. doi: 10.1007/BF00300471
- Bureau of Narcotics (1953). *Narcotic Clinics in the United States*. University of California Libraries.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Habing, B. y McLellan, A. T. (2011). Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*, 106(9), 1588 – 1602. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03482.x
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10(3), 124 – 127. doi: 10.1136/jme.10.3.124
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of Well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117-124. doi: 10.1037/0003-066X.31.2.117
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Camprubí, J. (1987). Un Nuevo marco conceptual en el tratamiento de la drogadicción. *Gaceta Sanitaria*, 3(1), 95 – 96. doi: 10.1016/S0213-9111(87)70888-7
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43 – 69.
- Carpentier, P. J., Krabbe, P. F., van Gogh, M. T., Knapen, L. J., Buitelaar, J. K. y de Jong, C. A. (2009). Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. *The American Journal on Addictions*, 18(6), 470 – 480. doi: 10.3109/10550490903205652
- Carr, A. J. y Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 322(7298), 1357 – 1360. doi: 10.1136/bmj.322.7298.1357
- Cartwright, W. S. (2008). Economic costs of drug abuse: Financial, cost of illness, and services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 224 – 233. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.003
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267 – 283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Casriel, D. H. y Bratter, T. E. (1974). Methadone maintenance treatment: A questionable procedure. *Journal of Drug Issues*, 4(4), 359 – 375.
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871 – 890. doi: 10.1002/jclp.20400

- Cheak-Zamora, N. C., Wyrwich, K. W. y McBride, T. D. (2009). Reliability and validity of the SF-12v2 in the medical expenditure panel survey. *Quality of Life Research*, 18(6), 727 – 735. doi: 10.1007/s11136-009-9483-1
- Chiesa, M. (1992). Radical behaviorism and scientific frameworks. From mechanistic to relational accounts. *American Psychologist*, 47(11), 1287 – 1299. doi: 10.1037/0003-066X.47.11.1287
- Chou, Y.-C., Shih, S.-F., Tsai, W.-D., Li, C.-S. R., Xu, K. y Lee, T. S.-H. (2013). Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. *BMC psychiatry*, 13, 190. doi: 10.1186/1471-244X-13-190
- Clausen, T., Waal, H., Thorensen, M. y Gossop, M. (2009). Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*, 104(8), 1356 – 1362. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02570.x
- Clark, C. (2012). “Chemistry is the new hope”: Therapeutic Communities and Methadone Maintenance, 1965-71. *Social History of Alcohol and Drugs*, 26(2), 192 – 216.
- Cobb, C. W. (2000). *Measurement Tools and the Quality of Life*. Redefining Progress: San Francisco.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98 – 101. doi: 10.1111/1467-8721.ep10768783
- Cole, S. G. y James, L. R. (1975). A Revised Treatment Typology Based on the DARP. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2(1), 37 – 50. doi: 10.3109/00952997509002722
- Coons, S. J., Kaplan, R. M., National Library of Medicine. (1993). Quality of life assessment: understanding its use as an outcome measure. *Hospital formulary*, 28(5), 486 – 490, 492, 497 – 498.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R. y Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139 – 152. doi: 10.1037/0021-843X.101.1.139
- Costa, J. y Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578 – 1591. doi: 10.1111/jasp.12107
- Courtwright, D. T. (1992). A century of American narcotic policy. En: Gerstein, D. R. y Harwood, H. J. (Eds.), *Treating Drug Problems*, vol. 2. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, DC, pp. 1 – 62.
- Courtwright, D. T. (1997). The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance, and the metabolic theory of addiction. *Addiction*, 92(3), 257 – 265. doi: 10.1111/j.1360-0443.1997.tb03196.x
- Cristea, I. A., Montgomery, G. H., Szamoskozi, Ș. y David, D. (2013). Key constructs in “classical” and “new wave” cognitive behavioral psychotherapies: Relationships among each other

- and with emotional distress. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 584 – 599. doi: 10.1002/jclp.21976
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16(3), 297 – 334. doi: 10.1007/BF02310555
- Curtin, F. y Schulz, P. (1998). Multiple correlations and Bonferroni's correction. *Biological Psychiatry*, 44(8), 775 – 777. doi: 10.1016/S0006-3223(98)00043-2
- Cushman, P. (1977). Ten years of methadone maintenance treatment: Some clinical observations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4(4), 543 – 553. doi: 10.3109/00952997709007010
- Cushman, P., Trussell, R., Gollance, H., Newman, R. y Bihari, B. (1976). Methadone Maintenance Treatment of Narcotic Addiction: A Unit of Medical Care Based on Over 50,000 Patient Treatment Years. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 3(2), 221 – 233. doi: 10.3109/00952997609077192
- Darke, S., Torok, M., Kaye, S., Ross, J. y McKetin, R. (2010). Comparative rates of violent crime among regular methamphetamine and opioid users: offending and victimization. *Addiction*, 105(5), 916 – 919. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02872.x
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R. y Brown, R. A. (2005). Distress Tolerance as a Predictor of Early Treatment Dropout in a Residential Substance Abuse Treatment Facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 729 – 734. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.729
- Dazord, A., Mino, A., Page, D. y Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *European Psychiatry*, 13(5), 235 – 241. doi: 10.1016/S0924-9338(98)80011-4
- Deering, D. A., Frampton, C. M. A., Horn, J., Sellman, J. D., Adamson, S. J. y Potiki, T. L. (2004). Health status of clients receiving methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Drug and Alcohol Review*, 23(3), 273 – 280. doi: 10.1080/09595230412331289428
- Defalque, R. J., y Wright, A. J. (2007). The early history of methadone. Myths and facts. *Bulletin of anesthesia history*, 25(3), 13 – 16. doi: 10.1016/S1522-8649(07)50035-1
- Degenhardt, L., Bucello, C., Calabria, B., Nelson, P., Roberts, A., Hall, W., Lynskey, M., Wiessing, L., the GBD illicit drug use writing group. (2011a). What data are available on the extent of illicit drug use and dependence globally? Results of four systematic reviews. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(2-3), 85 – 101. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.032
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. y McLaren, J. (2011b). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106(1), 32 – 51. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x

- de Maeyer, J., van Nieuwenhuizen, C., Bongers, I. L., Broekaert, E. y Vanderplasschen, W. (2013). Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: A latent class analysis. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 342 – 350. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.09.005
- de Maeyer, J., Vanderplasschen, W. y Broekaert, E. (2009). Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: More than health-related quality of life? *Social Indicators Research*, 90(1), 107 – 126. doi: 10.1007/s11205-008-9315-7
- de Maeyer, J., Vanderplasschen, W. y Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 364 – 380. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.01.010
- de Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. y Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1244 – 1257. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.009
- de Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., van Nieuwenhuizen, C. y Broekaert, E. (2011). Exploratory study on domain-specific determinants of opiate-dependent individuals' quality of life. *European Addiction Research*, 17(4), 198-210. doi: 10.1159/000324353
- de Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., van Nieuwenhuizen, C., Sabbe, B. y Broekaert, E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of Life Research*, 20(1), 139-150. doi: 10.1159/000324353.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist 90–R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Devlin, S. J., Gnanadesikan, R. y Kettenring, J. R. (1975). Robust Estimation and Outlier Detection with Correlation Coefficients. *Biometrika* 62(3), 531 – 545. doi: 10.1093/biomet/62.3.531
- Díaz Mesa, E. M., García-Portilla, P., Sáiz, P. A., Bobes Bascarán, T., Casares, M. J., Fonseca, E., Carreño, E., Flórez, G., Guardia, J., Ochoa, E., Pereiro, C., Rubio, G., Terán, A., Fernández Hermida, J. R. y Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema* 22(3), 513 – 519.
- Dobbs, W. H. (1971). Methadone treatment of heroin addicts: Early results provide more questions than answers. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 218(10), 1536 – 1541. doi: 10.1001/jama.218.10.1536
- Dole, V. P. (1971). Methadone maintenance treatment for 25,000 heroin addicts. *Journal of the American Medical Association*, 215(7), 1131 – 1134. doi: 10.1001/jama.215.7.1131

- Dole, V. P. (1999). Methadone maintenance. Comes of Age. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 1(1), 13 – 17.
- Dole, V. P. y Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride. *Journal of the American Medical Association*, 193(8), 80 – 84. doi: doi:10.1001/jama.1965.03090080008002
- Dole, V. P. y Nyswander, M. (1967). Heroin Addiction – A Metabolic Disease. *Archives of Internal Medicine*, 120(1), 19 – 24. doi: 10.1001/archinte.120.1.19
- Dole, V. P. y Nyswander, M. (1976). Methadone maintenance treatment. A ten-year perspective. *Journal of the American Medical Association*, 235(19), 2117 – 2119. doi: 10.1001/jama.235.19.2117
- Dole, V. P., Nyswander, M. y Warner, A. (1968). Successful treatment of 750 criminal addicts. *Journal of the American Medical Association*, 206(12), 2708 – 2711. doi: 10.1001/jama.206.12.2708
- Domingo Salvany, A. (2009). Opioid Dependence and Quality of Life: Changes in the Heroin Epidemic. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 11(3), 39 – 40.
- Dunaj, R. y Kovac, D. (2003). Quality of life of convicted drug addicts; preliminary report. *Studia Psychologica*, 45(4), 357 – 359.
- Durbin, J. y Watson, G. S. (1951). Testing for serial correlation in least-squares regression II. *Biometrika*, 38(1-2), 159 – 178. doi: 10.1093/biomet/38.1-2.159
- Escudero Torras, M. (2000). Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona. *Adicciones*, 12(3), 383 – 394.
- Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A. y Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: Long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *International Journal of the Addictions*, 29(5), 627 – 645. doi: 10.3109/10826089409047404
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy: Comprehensive Method of Treating Human Disturbances*. Nueva York: Citadel Press.
- EMCDDA. (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Esmaeili, H.-R., Ziaddinini, H., Nikraves, M.-R., Baneshi, M.-R., Nakhaee, N. (2014). Outcome evaluation of the opioid agonist maintenance treatment in Iran. *Drug and Alcohol Review*, 33(2) 186 – 193. doi: 10.1111/dar.12112
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G. y Flynn, P. M. (1997). Treatment Structure and Program Services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 244 – 260. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.244
- Etxeberria, J. (1999). *Regresión Múltiple*. Madrid: La Muralla; Hespérides: Villares de la Reina.

- EuroQoL Group. (1990). EuroQoL, a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 16(3), 199 – 208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9
- Fareed, A., Vayalapalli, S., Stout, S., Casarella, J., Drexler, K. y Bailey, S. P. (2011). Effect of methadone maintenance treatment on heroin craving, a literature review. *Journal of Addictive Diseases*, 30(1), 27 – 38. doi: 10.1080/10550887.2010.531672
- Farrell, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G. V., des Jarlais, D., Gossop, M. y Strang, J. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal*, 309(6960), 997 – 1001. doi: 10.1136/bmj.309.6960.997
- Fernández-Mayoralas Fernández, G. y Rojo Pérez, F. (2005). Calidad de Vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117 – 135.
- Fernández Miranda, J. J. (2003). La Calidad de Vida en adicciones: una medida de la efectividad de los tratamientos. *Anales de Psiquiatría*, 19(9), 377 – 384.
- Fernández Miranda, J. J., González García-Portilla, M. P., Sáiz Martínez, P. A., Gutiérrez Cienfuegos, E. y Bobes García, J. (1999). Calidad de Vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11(1), 43 – 52.
- Fernández Miranda, J. J. y Gutiérrez Cienfuegos, E. (2005). Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17(supl. 2), 95 – 110.
- Fernández Sobrino, A. M., Fernández Rodríguez, V. y López Castro, J. (2009). Consumo de benzodiacepinas en una muestra de pacientes en Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos (PTDO). *Adicciones*, 21(2), 143 – 146.
- Fiorillo, D., Papa, A. y Follette, V. M. (2013). The relationship between child physical abuse and victimization in dating relationships: The role of experiential avoidance. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 562 – 569. doi: 10.1037/a0030968
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T. y Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification*, 34(6), 503 – 519. doi: 10.1177/0145445510378379
- Flynn, P. M., Craddock, S. G., Hubbard, R. L., Anderson, J. y Etheridge, R. M. (1997). Methodological Overview and Research Design for the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 230 – 243. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.230
- Forsyth, J. P., Parker, J. D. y Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28(5), 851 – 870. doi: 10.1016/S0306-4603(02)00216-2
- Freudenberger, H. J. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 247 – 251. doi: 10.1080/02791072.1986.10472354

- Frisch, M. B. (1992). Use of the Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy for depression. En A. Freeman y F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27 – 52). Nueva York: Plenum Press. doi: 10.1007/978-1-4757-9777-0_3
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N. y Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35 – 45. doi: 10.1037/a0034473
- García-Altés, A., Ollé, J. M., Antoñanzas, F. y Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97(9), 1145 – 1153. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00170.x
- García-Riaño, D. (1991). Calidad de Vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55 – 94.
- Garner, B. R., Knight, K. y Simpson, D. D. (2007). Burnout among corrections-based drug treatment staff: Impact of individual and organizational factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(5), 510 – 522. doi: 10.1177/0306624X06298708
- Gearing, F. R. (1974). Methadone Maintenance Treatment five years later – Where are they now? *American Journal of Public Health*, 12(Supl.), 44 – 50. doi: 10.2105/AJPH.64.12_Suppl.44
- Gearing, F.R. y Schweitzer, M.D. (1974). An epidemiological evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology*, 100(2), 101 – 112.
- Gehrmann, F. (1978). 'Valid' Empirical Measurement of Quality of Life? *Social Indicators Research*, 5(1), 73-109. doi: 10.1007/BF00352922
- General Accounting Office. (1990). *Methadone Maintenance: some treatment programs are not effective; greater federal oversight needed*. GAO/Human Resources Division, 90-104, Nueva York.
- General Accounting Office. (1998). *Drug Abuse. Research shows treatment is effective, but benefits may be overstated*. GAO/Health, Education, and Human Services Division, 98-72, Nueva York.
- George, S., Murali, V. y Pullickal, R. (2005). Review of Neuroendocrine Correlates of Chronic Opiate Misuse: Dysfunctions and Pathophysiological Mechanisms. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 4(3), 99 – 109. doi: 10.1097/01.adt.0000161633.63378.fb
- Gerevich, J., Szabó, L., Polgár, P., Bácskai, E. (2006). Methadone maintenance in Europe and Hungary: Degrees of sociocultural resistance. *Psychiatric Services*, 57(6), 776 – 778. doi: 10.1176/appi.ps.57.6.776

- Giacomuzzi, S. M., Ertl, M., Kemmler, G., Riemer, Y., y Vigl, A. (2005). Sublingual buprenorphine and methadone maintenance treatment: a three-year follow-up of quality of life assessment. *The Scientific World Journal*, 5, 452 – 468. doi: 10.1100/tsw.2005.52
- Giacomuzzi, S. M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber H. y Kurz, M. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction*, 98(5), 693 – 702. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00352.x
- Giacomuzzi, S. M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H. y Kurz, M. (2005). Gender Differences in Health-Related Quality of Life on Admission to a Maintenance Treatment Program. *European Addiction Research*, 11(2), 69 – 75. doi: 10.1159/000083035
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689 – 705. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80015-7
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B., Hayes, S. C., Pierson, H., Piasecki, M., Antonuccio, D. y Palm, K. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700 – 715. doi: doi:10.1016/j.beth.2011.03.002
- Glass, R. M. (1993). Methadone maintenance. New research on a controversial treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269(15), 1995 – 1996. doi: 10.1001/jama.269.15.1995
- Goldstein, A. (1972). Heroin Addiction and the Role of Methadone in Its Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 26(4), 291 – 297. doi: 10.1001/archpsyc.1972.01750220001001
- González, P., Bousoño, M., González-Quirós, M., Pérez de Albéniz, C. y Bobes, J. (1993). Evaluación de Calidad de Vida. *Psiquiatría*, 5(6), 20 – 32.
- González-Saiz, F., Lozano Rojas, O., Iraurgi Castillo, I. (2009). Measuring the impact of psychoactive substance on health-related quality of life: an update. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(1), 5 – 10. doi: 10.2174/1874473710902010005
- Gossop, M. (2005). *Treatment Outcomes: what we know and what we need to know*. Londres: NHS, National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Rolfe, A. (2000). Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 60(3), 275 – 286. doi: 10.1016/S0376-8716(00)00109-5
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Treacy, S. (2001). Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: Two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 62(3), 255 – 264. doi: 10.1016/S0376-8716(00)00211-8

- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A. y Segar, G. (1997). The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six-Month Follow-Up Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 324 – 337. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.324
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41 – 54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. y Gunderson, J. G. (2009). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, Special Volume*(1), 18 – 26. doi: 10.1037/1949-2715.S.1.18
- Grella, C. E., Karno, M. P., Warda, U. M., Niv, N. y Moore, A. A. (2009). Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 498 – 504. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.01.002
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348 – 362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gruber, S. A., Silveri, M. M. y Yugelun-Todd, D. A. (2007). Neuropsychological Consequences of Opiate Use. *Neuropsychology Review*, 17(3), 299 – 315. doi: 10.1007/s11065-007-9041-y
- Gutiérrez, E., Sáiz, P. A., García, N., Fernández, P., González, M. P., Fernández, J. J. y Bobes, J. (2001). Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroinómanos. *Adicciones*, 13(1), 51 – 60.
- Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H., Keszycka B. y Taracha E. (2002). [Subjective Quality of Life in opiate-dependent patients before admission after six months and one-year participation in methadone program]. *Przegląd Lekarski*, 59(4 – 5), 351 – 354.
- Harwood, H. J., Fountain, D. y Livermore, G. (1999). Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States, 1992: A report. *Addiction*, 94(5), 631 – 635. doi: 10.1080/09652149933450
- Haug, N. A., Sorensen, J. L., Lollo, N. D., Gruber, V. A., Delucchi, K. L. y Hall, S. M. (2005). Gender differences among HIV-positive methadone maintenance patients enrolled in a medication adherence trial. *AIDS Care*, 17(8), 1022-1029. doi: 10.1080/09540120500100882
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 639 – 665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. y Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175 – 190.
- Hayes, S. C. y Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8(3), 170 – 173. doi: 10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x
- Hayes, S. C., Hayes, L. J. y Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97 – 111. doi: 10.1901/jeab.1988.50-97
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M. y McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54(4), 553 – 578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M. y Gregg, J. (2004). A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Polysubstance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667 – 688. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80014-5
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152 – 1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152
- He, Q., Wang, X., Xia, Y., Mandel, J. S., Chen, A., Zhao, L., Han, L. y Ling, L. (2011). New Community-Based Methadone Maintenance Treatment Programs in Guangdong, China, and Their Impact on Patient Quality of Life. *Substance Use & Misuse*, 46(6), 749 – 757. doi: 10.3109/10826084.2010.534124
- Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernández, D. H. y Sperry, J. A. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 378 – 383. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80055-X
- Hiltunen, A. J., Eklund, C. y Borg, S. (2011). The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: 15-year follow-up with a main focus on detoxification from

- methadone. *Nordic journal of psychiatry*, 65(2), 106 – 111. doi: 10.3109/08039488.2010.503904
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. y Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125 – 134. doi: 10.1016/S0740-5472(03)00130-2
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. y Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-Year Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261 – 278. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.261
- Hubbard, R. L., Rachal, J. V., Craddock, S. G. y Cavanaugh, E. R. (1985). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client Characteristics and Behaviors Before, During, and After Treatment. *NIDA Research Monograph*, 51, 42 – 68.
- Hubley, A. M., Russell, L. B. y Palepu, A. (2005). Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 43. doi: 10.1186/1477-7525-3-43
- Hunt, S. M., McEwen, J. y McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 185 – 188.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J. y Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science Medicine, Part A, Medical sociology*, 15(3), 221 – 229. doi: 10.1016/0271-7123(81)90005-5
- Iraurgi, I. (2000). La Calidad de Vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias. *Lasdrogas.info. Instituto para el Estudio de las Adicciones*. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/25/la-calidad-de-vida-como-indicador-de-resultados-en-la-clinica-de-las-drogodependencias.html>
- Iraurgi, I. (2007). Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 19(1), 59 – 67.
- Iraurgi, I. (2008). Escala de Calidad de Vida en Usuarios de Drogas Inyectadas (IDUQoL): Valoración psicométrica de la versión española. *Adicciones*, 20(3), 281 – 294.
- Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M. J. y Díaz-Sanz, M. (1999). Calidad de Vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias*, 24(2), 131 – 147.
- Iraurgi, I. y Corcuera, N. (2008). IDUQoL: un instrumento específico de Calidad de Vida para usuarios de drogas inyectadas. Datos descriptivos y adecuación a una muestra española. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(1), 19 – 37.
- Iskandar, S., van Crevel, R., Hidayat, T., Siregar, I. M. P., Achmad, T. H., van der Ven, A.J. y De Jong, C. A. (2013). Severity of psychiatric and physical problems is associated with lower

- quality of life in methadone patients in Indonesia. *The American Journal on Addictions*, 22(5), 425 – 431. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00334.x
- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J. y Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 415 – 422. doi: 10.1037/a0023703
- Jaffe, J. H. y O'Keeffe, C. (2003). From morphine clinics to buprenorphine: regulating opioid agonist treatment of addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(supl. 2), S3 – S11. doi: 10.1016/S0376-8716(03)00055-3
- Jiménez Treviño, L., Sáiz Martínez, P. A., Gutiérrez Cienfuegos, E., Bascarán Fernández, M. T., Carreño Rendueles, E., González-Quirós Menéndez de Luarca, M., González García-Portilla, M. P. y Bobes García, J. (2000). Valoración transversal tras quince años en una muestra de adictos a opiáceos en Asturias. *Adicciones*, 12(4), 507 – 513.
- Kandel, D. B., Huang, F-Y. y Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2), 233 – 241. doi: 10.1016/S0376-8716(01)00126-0
- Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 12(Supl. 1), 3 – 16. doi: 10.1023/A:1023547632545
- Kaplan, R. M. y Bush, J. W. (1982). Health-Related Quality of Life. Measurement for Evaluation Research and Policy Analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61 – 80. doi: 10.1037/0278-6133.1.1.61
- Karekla, M. y Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 163 – 170. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.10.002
- Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C. y Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(3), 209 – 215. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009
- Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., y Schäfer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14(1), 38 – 46. doi: 10.1159/000110409
- Karow, A., Verthein, U., Pukrop, R., Reimer, J., Haasen, C., Krausz, M. y Schäfer, I. (2011). Quality of life profiles and changes in the course of maintenance treatment among 1,015 patients with severe opioid dependence. *Substance Use and Misuse*, 46(6), 705 – 715. doi: 10.3109/10826084.2010.509854
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation

- strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301 – 1320. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.003
- Kashdan, T. B., Morina, N. y Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185 – 196. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.006
- Kaye, S., Darke, S. y Finlay-Jones, R. (1998). The onset of heroin use and criminal behaviour: Does order make a difference? *Drug and Alcohol Dependence*, 53(1), 79 – 86. doi: 10.1016/S0376-8716(98)00107-0
- Kennedy, L. W., Northcott, H. C. y Kinzel, C. (1978). Subjective Evaluation of Well-Being: Problems and Prospects. *Social Indicators Research*, 5(4), 457 – 474. doi: 10.1007/BF00352943
- King, C. H. (1975). Manifest and latent components in methadone maintenance: The methadone maintenance game. *Journal of Drug Education*, 5(4), 317-326. doi: 10.2190/F4J0-42QV-N06Q-RK2C
- Kingston, J., Clarke, S. y Remington, B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior: a mediational analysis. *Behavior Modification*, 43(2), 145 – 163. doi: 10.1177/0145445510362575
- Kinney, M. R. (1995). Quality of life research: rigor or rigor mortis. *Cardiovascular Nursing*, 31(4), 25 – 28.
- Kleber, H. D. (2008). Methadone maintenance 4 decades later: Thousands of lives saved but still controversial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 300(19), 2303 – 2305. doi: 10.1001/jama.2008.648
- Koeter, M. W. J. y Hartgers, C. (1997). *Preliminary procedure for the computation of the EuropASI composite scores*. Amsterdam: The Amsterdam Institute for Addiction Research. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_35383_EN_European%20Addiction%20Severity%20Index%20Composite%20Scoring%20Manual.pdf
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208 – 210. doi: 10.1159/000259089
- Land, K. C. (1983). Social indicators. *Annual Review of Sociology*, 9, 1 – 26. doi: 10.1146/annurev.so.09.080183.000245
- Landry, M. J. (1996). *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. DIANE Publishing.

- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), 44 – 55.
- Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(4), 181 – 183. doi: 10.1159/000022083
- Lennard, H. L., Epstein, L. J. y Rosenthal, M. S. (1972). The Methadone Illusion. *Science*, 176(4037), 881 – 884. doi: 10.1126/science.176.4037.881
- Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J. y Biglan, A. (2012). Exploring the Relationship Between Experiential Avoidance, Alcohol Use Disorders, and Alcohol-Related Problems Among First-Year College Students. *Journal of American College Health*, 60(6), 443 – 448. doi: 10.1080/07448481.2012.673522
- Lewis-Beck, M. S. (1980). *Applied regression. An introduction*. Londres: Sage.
- Liappas, J. A., Jenner, F. A. y Vicente, B. (1988). Literature on methadone maintenance clinics. *International Journal of the Addictions*, 23(9), 927 – 940. doi: 10.3109/10826088809058849
- Lillis, J., Levin, M. E. y Hayes, S. C. (2011). Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 722 – 727. doi: 10.1177/1359105310388321
- Lin, C., Wu, Z. y Detels, R. (2011). Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health*, 125(5), 269 – 274. doi: 10.1016/j.puhe.2011.01.009
- Lin, S.-H., Chen, K. C., Lee, S.-Y., Hsiao, C.-Y., Lee, I. H., Yeh, T.L., Chen, P.S., Lu, R.B. y Yang, Y.K. (2013). The economic cost of heroin dependency and quality of life among heroin users in Taiwan. *Psychiatry Research*, 209(3), 512 – 517. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.014
- Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K. y Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 265 – 272. doi: 10.1016/j.jsat.2005.01.007
- Lozano, Ó. M., Rojas, A., Pérez, C., Apraiz, B., Sánchez, F. y Marín, A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 97 – 107. doi: 10.1016/S1575-0973(07)75635-0
- Lozano Rojas, Ó. M., Bilbao Acedos, I., González Sáiz, F. y Ballesta Gómez, R. (2008). Dimensiones emergentes para la creación de una escala de percepción del tratamiento con sustitutivos opiáceos. *Adicciones*, 20(1), 19 – 26.
- Lua, P. L. y Talib, N. (2012). A 12-month evaluation of health-related quality of life outcomes of methadone maintenance program in a rural Malaysian sample. *Substance use & misuse*, 47(10), 1100 – 1105. doi: 10.3109/10826084.2012.679840

- Luciano Soriano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27(113), 317 – 332.
- Luciano Soriano, C., Rodríguez Valverde, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377 – 394.
- Luoma, J., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S. y Hayes, S. C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: the development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 3 – 13. doi: 10.3109/16066359.2010.524956
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K. y Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 149 – 165. doi: 10.1080/16066350701850295
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. y Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43 – 53. doi: 10.1037/a0026070
- Maremmanni, I. (2006). Forty years of Methadone Maintenance Treatment around the world: past, present and future. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 8(3), 5 – 10.
- Maremmanni, I., Pani, P. P., Pacini, M. y Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 91 – 98. doi: 10.1016/j.jsat.2006.11.009
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. y Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857 – 1867. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.9312185711.x
- Marín Romero, B. (2006). Dependencia de cocaína y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(146), 781 – 798.
- Mateu, G., Astals, M. y Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*, 17(supl.2), 111 – 121.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. y Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD002209.pub2
- McCall, S. (1975). Quality of Life. *Social Indicators Research*, 2(2), 229 – 248. doi: 10.1007/BF00300538

- McGahan, P. L., Griffith, J. A., Parente, R. y McLellan, A. T. (1986). *Addiction severity index composite scores manual*. Filadelfia: Treatment Research Institute. Disponible en: <http://www.tresearch.org/wp-content/uploads/2012/09/CompositeManual.pdf>
- McLachlan, C., Crofts, N., Wodak, A. y Crowe, S. (1993). The effects of methadone on immune function among injecting drug users: a review. *Addiction*, 88(2), 257 – 263. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb00809.x
- McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H. y Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. *The American Journal of Addictions*, 15(2), 113 – 124. doi: 10.1080/10550490500528316.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199 – 213. doi: 10.1016/0740-5472(92)90062-S
- McLellan, A. T.; Lewis, D. C.; O'Brien, C. P. y Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689 – 1695. doi: 10.1001/jama.284.13.1689
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26 – 33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32 – 38. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x
- Meneses, C. y Charro, B. (2000). *Los programas de mantenimiento con metadona en Madrid: Evolución y perfil de los usuarios*. Documentos Técnicos de Acción Social. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Methadone Maintenance Evaluation Committee. (1968). Progress report of evaluation of Methadone Maintenance Treatment Program as of March 31, 1968. *Journal of American Medical Association*, 206(12), 2712 – 2714. doi: 10.1001/jama.1968.03150120046010.
- Milby, J. B., Hohmann, A. A., Gentile, M., Huggins, N., Sims, M. K., McLellan, A. T., Woody, G. y Haas, N. (1994). Methadone maintenance outcome as a function of detoxification phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1031 – 1037. doi: 10.1176/ajp.151.7.1031
- Miller, W. R. y Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401 – 413. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/add.12693>
- Millson, P. E., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Fischer, B., Strike, C. J., Myers, T., Shore, R., Hopkins, S., Raftis, S. y Pearson, M. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*. 95(2), 99 – 103.

- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R. y Hopkins, S. (2006). Determinants of Health-Related Quality of Life of Opiate Users at Entry to Low-Threshold Methadone Programs. *European Addiction Research*, 12(2), 74 – 82. doi: 10.1159/000090426
- Minami, H., Bloom, E. L., Reed, K. M. P., Hayes, S. C. y Brown, R. A. (2014, 27 de octubre). The Moderating Role of Experiential Avoidance in the Relationships Between Internal Distress and Smoking Behavior During a Quit Attempt. *Psychology of Addictive Behaviors*. Avance online de la publicación. doi: 10.1037/adb0000030
- Ministerio de la Presidencia. (1996). Real Decreto 5/1996 de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo. *Boletín Oficial del Estado*, 20 de febrero de 1996, 44, 6082 – 6083.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1983). Orden de 20 de mayo de 1983 por la que se regulan los tratamientos con metadona. *Boletín Oficial del Estado*, 28 de mayo de 1983, 127, 14976.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). Orden de 31 de octubre de 1985 por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos. *Boletín Oficial del Estado*, 9 de noviembre de 1985, 269, 35424 – 35425.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1990a). Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de enero de 1990, 20, 2101 – 2103.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1990b). Real Decreto 1131/1990, de 14 de septiembre, por el que se modifica el artículo 3.3 del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de septiembre de 1990, 224, 27261.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1994). Orden de 25 de abril de 1994 por la que se regulan las recetas y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de mayo de 1994, 105, 13556 – 13564.
- Moberg, D. O., Brusek, P. M. (1978). Spiritual Well-Being: A Neglected Subject in Quality of Life Research. *Social Indicators Research*, 5(3), 303 – 323. doi: 10.1007/BF00352936
- Montagne, M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "Methadonians". *Substance Use & Misuse*, 37(4), 565 – 570. doi: 10.1081/JA-120002814
- Monteagudo Piqueras, O; Hernando Arizaleta, L. y Palomar Rodríguez, J. A. (2009). Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 526 – 532. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005

- Monteagudo Piqueras, O; Hernando Arizaleta, L. y Palomar Rodríguez, J. A. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 50 – 61. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.001
- Moons, P., Budts, W. y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891 – 901. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015
- Morales-Manrique, C. C., Valderrama-Zurián, J. C., Castellano-Gómez, M., Aleixandre-Benavent, R., Palepu, A. y Cocaine Group C.V. (2007). Cross cultural adaptation of the Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL) in Spanish drug dependent population, with or without injectable consumption: Drug User Quality of Life Scale-Spanish (DUQOL-Spanish). *Addictive Behaviors*, 32(9), 1913 – 1921. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.12.006
- Moreno Jiménez, B. y Ximénez Gómez, C. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. En Buela-Casal, G., Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (Dirs.). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Mosier, C. (1943). On the reliability of a weighted composite. *Psychometrika*, 8(3), 161 – 168. doi: 10.1007/BF02288700
- Murray, J. B. (1998). Effectiveness of methadone maintenance for heroin addiction. *Psychological Reports*, 83(1), 295 – 302. doi: 10.2466/pr0.1998.83.1.295
- Musa, R., Abu Bakar, A. Z. y Khan, U. A. (2012). Two-Year Outcomes of Methadone Maintenance Therapy at a Clinic in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24(5), 826 – 832. doi: 10.1177/1010539511404396
- Nakagawa, S. (2004). A farewell to Bonferroni: the problems of low statistical power and publication bias. *Behavioral Ecology*, 15(6), 1044 – 1045. doi: 10.1093/beheco/arh107
- Noll, H. H. (2004). Social indicators and quality of life research: background, achievements and current trends. En Genov, N. (ed.), *Advances in sociological knowledge over half a century*. Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-663-09215-5_7
- Nosyk, B., Guh, D. P., Sun, H., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T. y Anis, A. H. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 259 – 264. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.04.003
- Nosyk, B., Sun, H., Guh, D. P., Oviedo-Joekes, E., Marsh, D. C., Brissette, S., Schechter, M. T. y Anis, A. H. (2010). The quality of eight health status measures were compared for chronic opioid dependence. *Journal of clinical epidemiology*, 63(10), 1132 – 1144. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.12.003
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Nurco, D. N., Ball, J. C., Shaffer, J. W. y Hanlon, T. E. (1985). The criminality of narcotic addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(2), 94 – 102. doi: 10.1097/00005053-198502000-00006
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. (2011). *Informe 2011. Situación y tendencia de los problemas de drogas en España*. Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2011). *Informe anual 2011: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2014). *Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- O'Driscoll, C., Laing, J. y Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 482 – 495. doi: 10.1016/j.cpr.2014.07.002
- Office of National Drug Control Policy. (2004). *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992-2002*. Washington, DC: Executive Office of the President (Publication No. 207303).
- Office of Technology Assessment. (1990). *The effectiveness of Drug Abuse Treatment: Implication for controlling AIDS/HIV Infection*. OTA-BP-H-73, Congress of the United States.
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S. y Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 76 – 83. doi: 10.1007/BF00788924
- OMS, (2009). *Basic documents, 47th edition*. Ginebra: World Health Organization.
- Orcutt, H. K., Pickett, S. M. y Pope, E. B. (2005). Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic interpersonal events and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1003 – 1029. doi: 10.1521/jscp.2005.24.7.1003
- Padaiga, Z., Subata, E. y Vanagas, G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 43(3), 235 – 241.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1 – 20.
- Palm, K. M. (2007). Addictive Behavior: an RFT-enhanced theory of addiction. En Woods, D. W. y Kanter, J. K. (Eds.). *Understanding Behavior Disorders. A contemporary behavioral perspective* (pp. 237 – 269). Reno: Context Press.

- Palm, K. M. y Follette, V. M. (2011). The roles of cognitive flexibility and experiential avoidance in explaining psychological distress in survivors of interpersonal victimization. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 79 – 86. doi: 10.1007/s10862-010-9201-x
- Pardo, A. y San Martín, R. (1998). *Análisis de datos en Psicología II (2ª ed.)*. Madrid: Pirámide.
- Parrino, M. W. (2000). New Challenges and Opportunities for Methadone Treatment. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(4), 105 – 111. doi: 10.1300/J126v01n04_09
- Parrino, M. W. (2002). The renaissance of methadone treatment in America. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 4(3), 21 – 25. doi: 10.1300/J126v02n01_02
- Payte, J. T. (1991a). A brief history of methadone in the treatment of opioid dependence: a personal perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(2), 103 – 107. doi: 10.1080/02791072.1991.10472226
- Payte, J. T. (1991b). The Use of Insulin in the Treatment of Diabetes: An Analogy to Methadone Maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(2), 109 – 110. doi: 10.1080/02791072.1991.10472227
- Peck, D. G., Beckett, W. (1976). Methadone maintenance: A review and critique. *British Journal of Addiction*, 71(4), 369 – 376. doi: 10.1111/j.1360-0443.1976.tb00108.x
- Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, Á. y Chicharro Romero, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la Calidad de Vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 10(1), 17 – 31.
- Pereiro, C., Bermejo, A. y López, B. (2005). Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. *Adicciones*, 17(supl.2), 151 – 165.
- Philip, E. J., Merluzzi, T. V., Peterman, A. y Cronk, L. B. (2009). Measurement accuracy in assessing patient's quality of life: to weight or not to weight domains of quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 18(6), 775 – 782. doi: 10.1007/s11136-009-9492-0
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2010). *Heroína. Informe nº 5 de la Comisión Clínica*. Madrid: Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ponizovsky, A. M. y Grinshpoon, A. (2007). Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 631 – 642. doi: 10.1080/00952990701523698
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., Magrí, N., Martín, S. y Vázquez, J. M. (2004). Characteristics of Heroin Addicts Entering Methadone Maintenance Treatment: Quality of Life and Gender. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1353 – 1368. doi: 10.1081/JA-120039392

- Pukrop, R., Moller, H. J. y Steinmeyer, E. M. (2000). Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(3), 120 – 132. doi: 10.1007/s004060070028
- Raistrick, D. (1994). Report of Advisory Council on the Misuse of Drugs: AIDS and drug misuse update. *Addiction*, 89(10), 1211 – 1213. doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb03299.x
- Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. (1996). *Vocabulario Científico y Técnico (3ª ed.)*. Madrid: Espasa.
- Reimer, J., Verthein, U., Karow, A., Schäfer, I., Naber, D. y Haasen, C. (2011). Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomized controlled maintenance treatment trial. *Addiction*, 106(9), 1647 – 1655. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03463.x
- REITOX. (2012). *Informe nacional 2012 (Datos de 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox. ESPAÑA. Evolución, tendencias y cuestiones particulares*. REITOX.
- Reno, R. R. y Aiken, L. S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The International Journal of Addictions*, 28(3), 211 – 232. doi: 10.3109/10826089309039624
- Rooney, S., Freyne, A., Kelly, G. y O'Connor, J. (2002). Differences in the quality of life of two groups of drug users. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 19(2), 55 – 59. doi: 10.1017/S0790966700006960
- Rudolf, H. y Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 190 – 197. doi: 10.1080/09540260220144975
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123 – 129. doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Russell, L. B., Hubley, A. M., Palepu, A. y Zumbo, B. D. (2006). Does Weighting Capture What's Important? Revisiting Subjective Importance Weighting with a Quality of Life Measure. *Social Indicators Research*, 75(1), 141 – 167. doi: 10.1007/s11205-004-2528-5
- Ryan, C. F. y White, J. M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91(1), 39 – 45. doi: 10.1111/j.1360-0443.1996.tb03160.x
- Sacerdote, P., Franchi, S., Gerra, G., Leccese, V., Panerai, A. E. y Somaini, L. (2008). Buprenorphine and methadone maintenance treatment of heroin addicts preserves immune function. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(4), 606 – 613. doi: 10.1016/j.bbi.2007.12.013

- Saitz, R., Larson, M. J., Labelle, C., Richardson, J. y Samet, J. H. (2008). The case for chronic disease management for addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 2(2), 55 – 65. doi: 0.1097/ADM.0b013e318166af74
- San, L. (2005). Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España. *Adicciones*, 17(supl.2), 9 – 19.
- Sánchez-Niubò, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J. M., Correa, J. F. y Domingo-Salvany, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction*, 104(2), 248 – 255. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02451.x
- Schäfer, A., Wittchen, H. U., Backmund, M., Soyka, M., Gölz, J., Siegert, J., Schäfer, M., Tretter, F. y Kraus, M. R. (2009). Psychopathological changes and quality of life in hepatitis C virus-infected, opioid-dependent patients during maintenance therapy. *Addiction*, 104(4), 630 – 640. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02509.x
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompart, A., Medina, A., Ferrer, M. y Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139(14), 613 – 625. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024
- Schramm, A. T., Venta, A. y Sharp, C. (2013). The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 138 – 144. doi: 10.1037/a0031389
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87 – 102. doi: 10.1080/16506073.2014.980753
- Sells, S. B. (1977). Methadone maintenance in perspective. *Journal of Drug Issues*, 7(1), 13 – 22.
- Senay, E. C. (1985). Methadone maintenance treatment. *International Journal of the Addictions*, 20(6-7), 803 – 821. doi: 10.3109/10826088509047754
- Senay, E. C. y Renault, P. F. (1971). Treatment methods for heroin addicts: A review. *Journal of Psychedelic Drugs*, 3(2), 47 – 54. doi: 10.1080/02791072.1971.10471376
- Senbanjo, R., Wolff, K. y Marshall, J. (2007). Excessive alcohol consumption is associated with reduced quality of life among methadone patients. *Addiction*, 102(2), 257 – 263. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01683.x
- Shin, D. C. y Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(4), 475 – 492. doi: 10.1007/BF00352944
- Simpson, D. D. (1984). National Treatment System Evaluation Based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) Followup Research. *NIDA Research Monograph*, 51, 29 – 41.

- Simpson, D. D. y Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol Substance Abuse*, 2(1), 7 – 29. doi: 10.1300/J251v02n01_02
- Simpson, D. D. y Sells, S. B. (1990). *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up*. Krieger Publishing Company: Malabar, Florida.
- Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferris, A. L., Easterlin, R. A., Patrick, D. y Pavot, W. (2006). The Quality-of-Life (QOL) Research Movement: Past, Present, and Future. *Social Indicators Research*, 76(3), 343 – 466. doi: 10.1007/s11205-005-2877-8
- Skeie, I., Brekke, M., Lindbaek, M. y Waal, H. (2008). Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 8, 43. doi: 10.1186/1471-2458-8-43
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1987). Whatever happened to psychology as the science of behavior? *American Psychologist*, 42(8), 780 – 786. doi: 10.1037/0003-066X.42.8.780
- Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45(11), 1206 – 1210. doi: 10.1037/0003-066X.45.11.1206
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. y Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57(1), 109 – 112. doi: 10.1038/bjc.1988.20
- Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 42(11), 1257 – 1270. doi: 10.1016/j.brat.2003.08.006
- Smith, K. W., Avis, N. E. y Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8(5), 447 – 459. doi: 10.1023/A:1008928518577
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. y White, J.M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse*, 31(2), 98 – 107. doi: 10.1080/08897071003641578
- Sneider, W. (1998). The discovery of heroin. *The Lancet*, 352(9141), 1697 – 1699. doi: 10.1016/S0140-6736(98)07115-3
- Solberg, U., Burkhart, G. y Nilson, M. (2002). An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway. *International Journal of Drug Policy*, 13(6), 477 – 484. doi: 10.1016/S0955-3959(02)00067-1
- Soper, D. S. (2015). *Post-hoc Statistical Power Calculator for Multiple Regression* [Programa informático]. Disponible en <http://www.danielsoper.com/statcalc>.

- Speckart, G. y Anglin, M. D. (1985). Narcotics and crime: An analysis of existing evidence for a causal relationship. *Behavioral Sciences & the Law*, 3(3), 259 – 282. doi: 10.1002/bsl.2370030304
- Speckart, G. y Anglin, M. D. (1986). Narcotics use and crime: An overview of recent research advances. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, 13(4), 741 – 769.
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M. y Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45(6), 840 – 850. doi: 10.1016/j.beth.2014.07.001
- Stevens, A. (1952). Make dope legal. *Harper's Magazine*, 205(1230), 40 – 47.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J. y Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26(2), 274 – 296. doi: 10.1177/0145445502026002007
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., Moeller, F. G. y Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 215 – 222. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.02.015
- Stotts, A. L., Vujanovic, A., Heads, A., Suchting, R., Green, C. E. y Schmitz, J. M. (2014, 18 de agosto). The Role of Avoidance and Inflexibility in Characterizing Response to Contingency Management for Cocaine Use Disorders: A Secondary Profile Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*. Avance online de la publicación. doi: 10.1037/adb0000011
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*. NSDUH Series H-47, HHS Publication No. (SMA) 13-4805. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Terán, A., Álvarez, A., Sánchez, R. y Álvaro, M. A. (2005). Complicaciones somáticas. Diagnóstico y manejo de la infección por VIH, VHB, VHC y tuberculosis en el paciente heroinómano. Interacciones farmacológicas. *Adicciones*, 17(supl.2), 123 – 150.
- Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S. y Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*, 107(4), 709 – 718. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x
- Torrens, M. (2008). Quality of life as a means of assessing outcome in opioid dependence treatment. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 12(1), 33 – 36.
- Torrens Mélich, M. (2009). Recomendaciones para la dosificación de la metadona. En Colom Farran, J. y Duro Herrero, P. (dirs.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona: manual de práctica clínica* (pp. 71 – 76). Catalunya. Departament de Salut.

- Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C. y Domingo-Salvany, A. (2013). Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 136 – 141. doi: 10.2471/BLT.12.111054
- Torrens, M., San, L., Martínez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92(6), 707 – 716. doi: 10.1111/j.1360-0443.1997.tb02937.x
- Tran, B. X., Ohinmaa, A., Duong, A., Do, N., Nguyen, L., Nguyen, Q., Mills, S., Jacobs, P. y Houston, S. (2012). Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, 21(4), 613 – 623. doi: 10.1007/s11136-011-9963-y
- Trujols, J. y Pérez de los Cobos, J. (2005). La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones*, 17(supl.2), 181 – 204.
- Tull, M. T. y Roemer, L. (2007). Emotion Regulation Difficulties Associated with the Experience of Uncued Panic Attacks: Evidence of Experiential Avoidance, Emotional Nonacceptance, and Decreased Emotional Clarity. *Behavior Therapy*, 38(4), 378 – 391. doi: 10.1016/j.beth.2006.10.006
- Twohig, M. P., Masuda, A., Varra, A. A. y Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety disorders. En Orsillo, S. M. y Roemer, L. (2005). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety. Conceptualization and Treatment* (pp. 101 – 129). Nueva York. Springer. doi: 10.1007/b136521.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D. y Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 619 – 632. doi: 10.1901/jaba.2007.619-632
- Uchtenhagen, A. (2003). Substitution management in opioid dependence. *Journal of neural transmission. Supplementum* 66, 33 – 60. doi: 10.1007/978-3-7091-0541-2_3
- Uchtenhagen, A. (2013). Abstinence versus Agonist Maintenance Treatment: An Outdated Debate? *European Addiction Research*, 19(6), 283 – 286. doi: 10.1159/000350373
- UNODC. (2010). *World Drug Report 2010*, United Nations publication, Sales No. E.10.XI.13.
- UNODC. (2011). *World Drug Report 2011* (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10).
- UNODC. (2012). *World Drug Report 2012*, United Nations publication, Sales No. E.12.XI.1.
- UNODC. (2014). *World Drug Report 2014*, United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7.
- Vanagas, G., Padaiga, Z. y Subata, E. (2004). Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina (Kaunas)* 40(4), 833 – 841.

- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. y Red-IRYSS. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135 – 150.
- Villagrà Lanza, P. y González Menéndez, A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25(3), 307 – 312. doi: 10.7334/psicothema2012.292.
- Walger, P., Baumgart, P., Wilke, G., Kupfer, U., von Eiff, M. y Dorst, K. G. (1989). Medizinische und psychosoziale Effekte der Methadon-Substitution HIV-infizierter Drogenabhängiger. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 39(11), 381 – 389.
- Wang, P.-W., Wu, H.-C., Yen, C.-N., Yeh, Y.-C., Chung, K.-S., Chang, H.-C. y Yen, C.-F. (2012). Change in Quality of Life and Its Predictors in Heroin Users Receiving Methadone Maintenance Treatment in Taiwan: An 18-Month Follow-Up Study. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 38(3), 213-219.
- Wang, P. W., Wu, H. C., Lin, H. C., Yen, C. N., Yeh, Y. C., Chung, K. S., Chang, H. C., Yen, C.F. (2013). Can heroin-dependent individuals benefit from a methadone maintenance treatment program before they drop out against medical advice? A 12-month follow-up study. *European Addiction Research*, 19(3), 155 – 164. doi: 10.1159/000342309
- Ward, J., Hall, W. y Mattick, R. P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet*, 252(9148), 221 – 226. doi: 10.1016/S0140-6736(98)05356-2
- Ware, J. E., Kosinski, M. y Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220 – 233.
- Ware, J., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. y Gandek, B. (2002). *SF12v2: How to score version 2 of the SF-12 health survey*. Lincoln, Rhode Island: QualityMetric Incorporated.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 475 – 483.
- White, J. M., Ryan, C. F. y Ali, R. L. (1996). Use of the SF-36 to monitor improvements in the health of methadone maintenance participants. *NIDA Research Monograph*, 162, 164.
- WHO/UNODC/UNAIDS. (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*. World Health Organization: Ginebra.
- WHOQOL. (1997). *Measuring Quality of Life*. Ginebra: WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.
- Wilson, K. G. y Hayes, S. C. (2000). Why it is crucial to understand thinking and feeling: an analysis and application to drug abuse. *The Behavior Analyst*, 23(1), 25 – 43.
- Wilson, K. G. y Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. y Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249 – 272.
- Winklbaur, B., Jagsch, R., Ebner, N., Thau, K. y Fischer, G. (2008). Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy: A comparative study of slow-release morphine versus methadone treatment. *European Addiction Research*, 14(2), 99 – 105. doi: 10.1159/000113724
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Ginebra: World Health Organization.
- Xiao, L., Wu, Z., Luo, W. y Wei, X. (2010). Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 53(Suppl 1), S116 - S120. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181c7dfb5
- Yablonsky, L. (1966). Stoned on Methadone. *New Republic*, 155(6-7), 14.
- Zhou, K., Zhuang, G., Zhang, H., Liang, P., Yin, J., Kou, L., Hao, M y You, L. (2013). Psychometrics of the Short Form 36 Health Survey Version 2 (SF-36v2) and the Quality of Life Scale for Drug Addicts (QOL-DAv2.0) in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment. *Plos One*, 8(11), e79828. doi: 10.1371/journal.pone.0079828
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361 – 370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zweben, J. E. y Payte, J. T. (1990). Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence. A current perspective. *Western Journal of Medicine*, 152(5), 588 – 599.

ANEXOS

ANEXO I: Consentimiento informado

ANEXO II: Materiales de recogida de información

- Batería heteroaplicada
- Cuadernillo autoaplicado
- Ficha para la recogida de datos en la historia clínica

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

En la Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con este CAID, estamos realizando un estudio sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con metadona. Nos gustaría pedirle su participación, pues su experiencia puede sernos muy útil a la hora de entender mejor sus circunstancias y así poder atender mejor sus necesidades.

Si accede a participar, le haremos una entrevista sobre distintos aspectos de su tratamiento y de su vida. Esta entrevista tiene una duración aproximada de una hora, y tendrá lugar en este mismo Centro. Le pediremos además que rellene un cuestionario en casa (que no le llevará más de 15 minutos). También necesitaremos acceder a los datos contenidos en su historia clínica, en concreto, a datos sobre su estado de salud, la fecha de inicio del tratamiento y la frecuencia con que ha tenido contacto con profesionales del Centro.

Todos los datos recogidos serán tratados con la máxima discreción y confidencialidad. Sólo tendrán acceso a ellos las personas relacionadas con el estudio, y sólo se usarán para este fin. En ningún caso la información recogida para este estudio afectará a su tratamiento en el Centro, a no ser que usted lo autorice expresamente.

La Universidad Complutense de Madrid, por el solo hecho del conocimiento de datos de carácter personal, se obliga a la observancia de las disposiciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

La participación en el estudio es absolutamente voluntaria, y puede negarse a participar sin que esto afecte a su tratamiento. En ese caso, sí le pediríamos que nos dé su consentimiento para acceder a algunos datos de su historia clínica, con el fin de poder comparar las características de aquellas personas que han querido participar y aquellas que no.

Asimismo, en caso de que usted decida participar, puede cambiar de idea en cualquier momento más adelante y sin ningún compromiso.

- ☐ Sí, accedo a participar en el estudio: haré la entrevista y el cuestionario y doy permiso a que se utilicen datos recogidos en mi historia, dentro de los límites arriba descritos.
- ☐ NO, no accedo a participar en el estudio, pero sí doy permiso a que se utilicen los datos recogidos en mi historia, dentro de los límites arriba descritos.

Fdo.

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: _____

ANEXO II: MATERIALES DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Batería heteroaplicada
- Cuadernillo autoaplicado
- Ficha para la recogida de datos en la historia clínica

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA

Fecha: _____

Código RAD _____

Entrevistador: _____

Centro: _____

ENTREVISTA PRESENCIAL

Este cuadernillo incluye los siguientes apartados:

- ASI 6
- IDUQoL
- AAQ y AAQ-SA

En primer lugar, quiero darle las gracias por acceder a participar en el estudio. Su participación consistirá en la realización aquí de una entrevista conmigo, que puede durar aproximadamente una hora, y completar luego unos tests en casa. Éstos pueden llevarle unos quince minutos, y sería aconsejable que los pudiera hacer en algún momento hoy mismo y traerlos la próxima vez que tenga que venir a recoger metadona.

En nuestro estudio, estamos interesados en conocer la satisfacción que pueden estar sintiendo con distintos aspectos importantes de sus vidas, y qué factores influyen en esta satisfacción. Para ello, tenemos que hacerle una serie de preguntas sobre diversas cuestiones de su vida, más allá de su tratamiento con metadona o su historia de consumo de drogas.

Algunas de estas preguntas son de carácter personal. Si hay alguna cuestión que prefiere no responder, no hay ningún problema porque nos lo diga, y pasaremos a la siguiente. Esto es mejor que dar una respuesta que no sea cierta. Además, queremos que sepa que toda la información que nos dé es estrictamente confidencial; en ningún momento figurará su nombre en los cuadernillos que usemos y que sólo manejaremos las personas directamente relacionadas con el estudio. La información que nos dé no será utilizada para su tratamiento a menos que usted nos dé su consentimiento expreso.

Antes de empezar, ¿tiene alguna duda que quiera preguntarme?

Instrumento (ASI-6)

INFORMACIÓN GENERAL

En esta parte voy a hacerle unas preguntas acerca de varios aspectos de su vida: salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos 6 meses, mientras que otras abarcan toda su vida.

Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.

I1.-I6. Eliminadas por irrelevantes.

I7. Hora de inicio: ____ : ____

I8. Género:

- 0. Varón
- 1. Mujer

I9. Fecha de nacimiento:

____ / ____ / ____
(Edad:.....)

I10a. País de nacimiento:

.....

I10b. País de nacimiento del padre:

.....

I10c. País de nacimiento de la madre:

.....

I11. ¿Con que nacionalidad se identifica?:
(Puede decir 2)

I11a.....

I11b.....

I12. ¿Cuál es su estado civil actual? ☐

6 → I14

- 1. Casado/a
- 2. Vive como si estuviera casado/a
- 3. Viudo/a
- 4. Divorciado/a
- 5. Separado/a
- 6. Nunca casado/a

I13. ¿Cuánto tiempo lleva (respuesta I12)?

____ años, ____ meses

I14. ¿Quién le derivó al tratamiento?

-ed., derivado a este programa específico de tratamiento

- 1. Vd. mismo, familia o amigos
- 2. Servicio o unidad de tratamiento de toxicomanías o alcoholismo
- 3. Médico de Asistencia Primaria
- 4. Otros servicios sanitarios
- 5. Sistema educativo
- 6. Mutua laboral
- 7. Agentes sociales (INEM, centro de acogida, Iglesia, etc.)
- 8. Sistema legal o judicial

ALOJAMIENTO

Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses desde..... y durante los 30 últimos días desde.....

[NOTA: 6 meses = 180 días, informe al paciente si fuera necesario.]

A1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido?

A. Últimos 6 meses: ____ (0 → A8)

B. 30 días: ____

De esas noches, ¿cuántas fueron en un/una:

	A. Últimos 6 meses	B. 30 Días
A2. unidad residencial para alcohol o drogas?	____	____
A3. servicio de hospital general distinto de psiquiatría?	____	____
A4. servicio de psiquiatría?	____	____
A5. comisaría / prisión?	____	____
A6. piso protegido o intermedio?	____	____
A7. otro tipo de alojamiento restringido o supervisado	____	____
¿Qué tipo?.....	____	____

A8. ¿Cuántas noches ha estado en un albergue para gente sin hogar?

A. Últimos 6 meses: ____ (0 → A9)

B. 30 días: ____

A9. ¿Cuántas noches ha pasado en la calle, o en lugares como edificios abandonados, coches o parques porque no tenía otro lugar para quedarse?

A. Últimos 6 meses: ____ (0 → NOTA)

B. 30 días: ____

[NOTA: Si A8A o A9A > 0 (e.d., si ha permanecido en albergues o en la calle en los últimos 6 meses), vaya a la siguiente NOTA.]

A10. ¿Alguna vez se ha quedado en un albergue para gente sin hogar o ha vivido en la calle (edificios abandonados, coches, o parques) porque no tenía otro lugar para quedarse? ☐ 1-Sí, 0-No

[NOTA: Si A1B + A8B = 30 (e.d., si ha estado todos los últimos 30 días en un alojamiento restringido o albergue), vaya a Estado de Salud Física.]

A11. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con (... alguien mas)? [Señale todas las que correspondan]

☐ 1. Solo

☐ 2. Cónyuge/Pareja

☐ 3. Hijo/s < 18 años

☐ 4. Padres

☐ 5. Otros familiares adultos

☐ 6. Otros adultos no familiares

☐ 7. No contestado

A12. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma drogas? ☐ 1-Sí, 0-No

SALUD FÍSICA

Las siguientes preguntas se refieren a su salud física.

SF1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? [Señale todas las que correspondan]

☐ 1. Ninguno

☐ 2. Seguro privado (ASISA, IMESA, Sanitas...)

☐ 3. Seguro de salud de las Fuerzas Armadas, MUFACE

☐ 4. Seguridad social (Régimen normal)

☐ 5. Seguridad social (Régimen pensionista)

☐ 6. Otro (especifique:.....)

☐ 7. No respuesta

[NOTA: Si es varón, ignore SF2.]

SF2. ¿Está embarazada? ☐

0-No, 1-Sí, 2-No Sabe, 8 – N/A

¿Alguna vez le ha diagnosticado un medico o un profesional sanitario alguna de las siguientes enfermedades?

	0 No	1 Sí
SF3. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF5. Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF6. Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF7. Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF8. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF9. VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF10. Tuberculosis o test positivo de tuberculina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF11. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF12. Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF13. Nefropatía crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF14. Enfermedad respiratoria crónica ej. asma, enfisema, EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF15. Otras enfermedades crónicas ej. artritis, dolor de espalda crónico, problemas digestivos (colitis, etc.) -si la respuesta es "Sí" especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SF16. ¿Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad?

0. No
1. Sí

-si la respuesta es "Sí" especifique:.....

[NOTA: Si SF3 - SF16 son todas 0-No, ignorar SF17.]

SF17. ¿Alguna vez le han prescrito medicación para alguna de esas enfermedades? ☐

0. No
1. Sí, todavía tomo todos los medicamentos prescritos
2. Sí, debería estar tomando la medicación pero no la tomo
3. Sí, pero me han dicho (un Dr.) que la medicación ya no es necesaria

SF18. ¿Recibe algún tipo de pensión (o paga) por una enfermedad o

discapacidad física (no discapacidad psiquiátrica)? 0 – No, 1 – Sí

SF19. En los últimos 30 días, ¿cómo diría que ha sido su salud física?

0. Excelente
1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala

(SF20 - SF23) En los últimos 30 días:

[NOTA: NO incluir problemas debidos a estados de intoxicación o abstinencia provocados por alcohol o drogas.]

SF20. ¿Cuántos días ha tenido algún problema de salud física? ___ días
ej. enfermedad, herida, dolor, malestar, discapacidad
-incluir problemas dentales

SF21. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a problemas de salud física? ___ días

[NOTA: Presentar la **Escala de Evaluación del Paciente.**]

SF22. ¿Cuánto dolor o malestar físico ha experimentado?

0. Ninguno
1. Leve
2. Moderado
3. Considerable
4. Extremo

SF23. ¿Cuánta preocupación ha tenido por culpa de su salud física o sus problemas médicos?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

SF24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas de salud física actuales?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

SF25. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado (al menos una noche) por problemas de salud física?

-No incluir tratamiento de alcohol/drogas, hospitalizaciones psiquiátricas, o parto sin complicaciones

___ veces

SF26. ¿Cuántas veces ha acudido a un servicio de urgencias por cualquier problema de salud física?

A. Últimos 6 meses: ___ (0 → SF27)

B. 30 días: ___

SF27. ¿Cuántos días ha tomado la medicación prescrita para una enfermedad física?

A. Últimos 6 meses: ___ (0 → SF28)

B. 30 días: ___

-No incluir medicación para problemas de alcohol/drogas/psiquiátricos.

SF28. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha realizado con un médico u otro profesional sanitario?

A. Últimos 6 meses: ___ (0 → E/R)

B. 30 días: ___

ej. exploraciones físicas o cualquier otro control o seguimiento por alguna enfermedad física.

-No incluir tratamiento para alcohol/drogas o psiquiátrico.

EMPLEO/RECURSOS

Las siguientes preguntas se refieren a su educación, empleo y situación económica.

E1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado?

0. Ninguno
1. Obligatoria (1a y 2a)
2. Bachillerato/ FP
3. Diplomatura
4. Licenciatura
5. Postgrado (Máster/Doctorado)

E2. ¿Tiene algún otro título, diploma o certificado de enseñanzas regladas?

0. No
1. Sí

E3. ¿Cuál es el último curso que completó?

01= 1º Primaria

02= 2º Primaria ...

08= 2º ESO/ Graduado Escolar (antiguo)

10= 4º ESO/ Graduado en Educación Secundaria

12= 2º Bachillerato/ FP

13= 1º Carrera/ Estudios Superiores

14= 2º Carrera

15= Diplomatura

17= Licenciatura

18= 1º curso Doctorado/Máster

19= 2º curso

E4. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas españolas?

0. No
1. Sí

E5. ¿Actualmente cursa algún tipo de estudio académico o de formación laboral?

ej. clases para el Graduado en Educación Secundaria, formación profesional, universidad, etc.

0. No
1. Tiempo parcial
2. Tiempo completo

E6. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?

0. No;
1. Sí

E7. ¿Tiene coche propio?

0. No;
1. Sí

E8. Actualmente, ¿le resulta difícil acudir al tratamiento, al trabajo/estudios, o encontrar trabajo por culpa del transporte?

0. No;
1. Sí

[NOTA: Codifique E9. Haga la pregunta solo si no puede codificarla basándose en la información previa.]

E9. ¿Lee/escribe (español) lo suficientemente bien como para rellenar una solicitud de empleo?

0. No;
1. Sí

E10. ¿Cuál es su situación laboral actual? [Señale una]

- ☐ Tiempo completo (≥35 hrs/sem), → E12
- ☐ Tiempo parcial (< 35 hrs/sem), → E12
- ☐ Paro y buscando empleo activamente (suspendido)

temporalmente por falta de trabajo) → E14

- ☐ Fuera del mercado laboral
- no está trabajando y no está buscando empleo activamente

E11. [Si esta fuera del mercado laboral]
¿Cuál describe mejor su situación actual?
[Señale una, → E14]

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Incapacitado
4. Jubilado
5. No busca empleo
6. Institucionalizado
7. Otro

E12. ¿Qué tipo de trabajo realiza (empleo principal)? ____

(Especifique).....

[NOTA: Codifique una categoría en las casillas E12.]

01. Profesiones especializadas y técnicas
02. Ejecutivos, administrativos y directivos
03. Ventas
04. Oficinas y apoyo administrativo
05. Producción precisa, oficios y reparaciones
06. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores
07. Transportistas y mudanzas
08. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones
09. Servicios, excepto empleado/a del servicio domestico
10. Granjero / director de granja
11. Empleado/a de granja
12. Fuerzas Armadas
13. Empleado/a del servicio domestico
14. Otros

E13. Ese trabajo, ¿es un empleo sumergido? 0. No; 1. Sí

E14. ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo a tiempo completo?

Continuadamente por cuenta ajena/propia

____ meses (0 → E17)

E15. ¿Hace cuánto que finalizó ese empleo?

____ meses

[NOTA: Codifique 000 solo si el empleo a TC actual es el más largo.]

E16. ¿Cuál era su empleo/ocupación entonces? ____

(Especifique).....

[NOTA: Codifique una categoría de la NOTA E12.]

E17. En los últimos 6 meses (desde.....),
¿Cuántas semanas ha trabajado remuneradamente? ____ semanas
(0 → E22)

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido Max= 26

E18. En los últimos 6 meses, ¿Cuál era su sueldo bruto? ____ €

(E19-E22) En los últimos 30 días:

E19. ¿Cuántos días ha trabajado remuneradamente? ____ días (0 → E22)

- Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido

E20. ¿Cuál era su sueldo bruto?

____ €

E21. ¿Cuántos días ha tenido problemas laborales? ____ días

- ej. bajo rendimiento, discusiones, amonestaciones, ausencias laborales, etc.

E22. ¿Ha solicitado algún empleo?

0. No; 1. Sí

ej. enviado el currículum, rellenado una solicitud de empleo, hablado con un contratador potencial

E23. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. ahora cualquier tipo de orientación laboral (como asesoramiento, formación o educación) que le ayude a encontrar un empleo o a solucionar los problemas relacionados con el trabajo?

-asistencia actual o adicional

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

Las siguientes preguntas (E24-E32) se refieren a sus fuentes de ingresos y recursos económicos.

E24. ¿Vive en un alojamiento pagado por instituciones (p. ej., viviendas de protección oficial) o recibe algún tipo de subvención para la vivienda?

0. No; 1. Sí

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha recibido de:

E25. pensión, seguridad social, o paro?

_____ €

E25b. ...últimos 6 meses? _____ €

E26. servicios sociales? _____ €

p.e. subsidio social, ONGs

E26b. ... últimos 6 meses? _____ €

E27. otras ayudas institucionales?

_____ €

p.e. alimentación, facturas luz, agua...

E27b. ... últimos 6 meses? _____ €

E28. pensión alimenticia y compensatoria?

_____ €

-del padre/madre de los hijos o ex-cónyuge

E28b. ...últimos 6 meses? _____ €

E29. actividades ilegales? _____ €

p.e. trafico de drogas, prostitución, juego ilegal, venta de objetos robados

E29b. ...últimos 6 meses? _____ €

E30. cualquier otra fuente? _____ €

p.e. préstamo/ayuda de familiar o de otros, ingresos imprevistos (herencia, impuestos, lotería, etc.)

E30b. ...últimos 6 meses? _____ €

E31. ¿Cuáles son en la actualidad sus fuentes de ingresos para los gastos de vivienda, alimentación y otros gastos?

[Señale todas las que correspondan]

☐ 1. Empleo

☐ 2. Jubilación

-ej. plan de pensiones privado, seguridad social

☐ 3. Incapacidad

ej. seguro privado, seguridad social por incapacidad

☐ 4. Paro

☐ 5. Servicios sociales

-ej. subsidios, préstamos, prestación social, ONGs

☐ 6. Pensión alimenticia o compensatoria

☐ 7. Familia, amigos o asociados

☐ 8. Ingresos ilegales

☐ 9. Institución o alojamiento supervisado

-p.e. hospital, comunidad terapéutica, piso protegido, centro de acogida, etc.

☐ 10. Otros, ej. ahorros, etc.:

Especifique:.....

☐ 11. Ninguno

E32. ¿Alguna vez le han declarado legalmente en bancarrota?

0. No; 1. Sí

E33. ¿Alguna vez ha sido moroso en la devolución de un préstamo bancario?

0. No; 1. Sí

p.e. préstamo de vivienda, hipoteca

E34. ¿Lleva más de un mes de retraso en alguno de sus pagos habituales?

0. No; 1. Sí

p.e. vivienda, tarjetas de crédito, pensión alimenticia, otros (facturas medicas, costes de juicios, préstamos personales)

E35. ¿Cuántas personas (excluyéndose usted) dependen actualmente de usted económicamente?

_____ personas

ej. para vivienda, alimentación, dinero para gastos, pensión de manutención a hijos

-Incluya las personas que mantiene y las que está obligado/a a mantener

E36. ¿Tiene suficientes ingresos para pagar sus necesidades básicas como vivienda, alimentación y vestido, y las de las personas a su cargo?

0. No; 1. Sí

-Excluya el dinero procedente de actividades ilegales

DROGAS/ALCOHOL

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento para abuso de sustancias que haya recibido.

• **HISTORIAL DE TRATAMIENTOS**

D1. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por su uso de alcohol/drogas?

-Incluya las evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento

_____ veces (0 → D6)

D2. ¿Cuántos de esos tratamientos fueron solo de desintoxicación? _____

-Desintoxicación no seguida de tratamiento adicional

D3. ¿Qué edad tenía la primera vez que entro en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas? _____ años

¿Cuántos días ha:

D4. acudido a un programa ambulatorio o a consulta (para tratamiento de alcohol/drogas)?

A. Últimos 6 meses: _____ (0 → D5)

B. 30 días: _____

D5. tomado medicación prescrita para tratar su uso de alcohol/drogas?

ej. metadona, naltrexona, Revia, etc.

-Excluya fármacos para la dependencia nicotínica

A. Últimos 6 meses: _____ (0 → D5)

B. 30 días: _____

D6. acudido a grupos de autoayuda como AA, NA?

A. Últimos 6 meses: _____ (0 → D8)

B. 30 días: _____

D7. ¿Cuánto duró el periodo de tiempo continuado más largo que estuvo acudiendo a grupos de autoayuda al menos 2 días por semana?

_____ años, _____ meses

• **USO DE ALCOHOL**

D8. ¿Cuántos años ha bebido alcohol de forma regular, 3 o más días a la semana?

- Excluya el tiempo sin consumo

_____ años (0 → D10)

D9. ¿Cuántos años ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas al día de forma regular, 3 o más días a la semana?

_____ años (0 → D11)

D10. ¿Ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día, 50 o más días de su vida?

0. No; 1. Sí

D11. ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió alcohol y notó sus efectos? [si nunca, codifique 99] _____ años

D12. En los últimos 6 meses, durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía?

0. Abstinente

1. 1-3 veces al mes

2. 1-2 veces a la semana

3. 3-6 veces a la semana

4. Diariamente

D13. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido alcohol? _____ días (00 → D20)

D14. ¿Cuándo bebió por última vez? Hace _____ días.

[00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.]

D15. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día? _____ días

D16. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha gastado en alcohol para usted mismo? _____ €

• **SÍNTOMATOLOGÍA ALCOHÓLICA**

En los últimos 30 días:

D17. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir el consumo o dejar de beber? 0. No; 1. Sí

- D18. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o abstenerse de beber alcohol; o ha empleado la mayor parte del día bebiendo?
0. No
 1. Sí
- D19. Debido a la bebida, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley?
0. No
 1. Sí
- D20.** ¿El ansia o los impulsos de beber han supuesto un problema para usted?
0. No
 1. Sí
- D21. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de alcohol?
- ____ días (0 → D23)
- D22. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por estos problemas relacionados con el alcohol?
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema
- D23.** ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber?
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema
- D24. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema

**TABLA DE USO DE DROGAS -
SUSTANCIAS INDIVIDUALES**

NOTA: Entregue al paciente la Lista de Drogas, y dígame: **Le preguntaré sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos con la Marihuana:**

Pre-A. ¿Alguna vez probó o consumió(incluso si fue solo una vez o se lo habían prescrito)?

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió ?

B. ¿Cuántos años en su vida ha consumido 3 o más días a la semana?
–Excluya los periodos de abstinencia

C. ¿Ha consumido durante 50 o más días de su vida?

D. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió..... ?

E. En los últimos 30 días, ¿consumió
([0]-solo lo prescrito [tratamiento], o [1]-ilegalmente o más de lo prescrito [no como tratamiento])?

NOTA: Si el paciente dice que:

1. Nunca probó una determinada droga (ej. D25-A), **codifique “99” y vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**
2. Ha consumido 3 o más días a la semana durante un año o más (ej. D25-B), **vaya al siguiente ítem (D25-C), y continúe.**
3. No ha consumido en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), **vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**

	A. ¿Edad del primer consumo? Pre-A: Sí/No. [99 → siguiente A]	B. ¿Años de consumo regular (a lo largo de la vida)? [>00 → D]	C. ¿Consumida 50 o más días (a lo largo de la vida)? [1-Sí, 0-No]	D. ¿Consumo en los últimos 30 días? [00 → siguiente A]	E. ¿Consumida como tratamiento (últimos 30 días)? [0- como prescrito, 1-no como prescrito]
D25. Marihuana	___	___	___	___	___
D26. Sedantes	___	___	___	___	___
D27. Cocaína	___	___	___	___	X
D28. Estimulantes	___	___	___	___	___
D29. Alucinógenos	___	___	___	___	X
D30. Heroína	___	___	___	___	X
D31. Metadona	___	___	___	___	___
D32. Otros Opiáceos	___	___	___	___	___
D33. Inhalantes	___	___	___	___	___

CONSUMO DE SUSTANCIAS- CATEGORIAS DE PROBLEMAS

01. Alcohol
02. Marihuana
03. Sedantes
04. Cocaína / Crack
05. Estimulantes
06. Alucinógenos
07. Heroína
08. Metadona
09. Otros Opiáceos
10. Inhalantes
11. Otras Sustancias
12. Ninguna

Problema Principal

D34. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **más** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría ____

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:.....

Problema Secundario

D35. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **2a más** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría ____

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:.....

Problema Terciario

D36. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **3ª más** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría ____

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:.....

Vía(s) de Administración

¿De qué forma ha consumido?

B. A lo largo de la vida

[señale las que correspondan]

- ____ 1. Oral
 ____ 2. Inhalada
 ____ 3. Fumada
 ____ 4. Inyectada
 ____ 5. Otro

C. Últimos 30 días

[señale las que correspondan]

- ____ 1. Oral
 ____ 2. Inhalada
 ____ 3. Fumada
 ____ 4. Inyectada
 ____ 5. Otro

B. A lo largo de la vida

[señale las que correspondan]

- ____ 1. Oral
 ____ 2. Inhalada
 ____ 3. Fumada
 ____ 4. Inyectada
 ____ 5. Otro

C. Últimos 30 días

[señale las que correspondan]

- ____ 1. Oral
 ____ 2. Inhalada
 ____ 3. Fumada
 ____ 4. Inyectada
 ____ 5. Otro

B. A lo largo de la vida

[señale las que correspondan]

- ____ 1. Oral
 ____ 2. Inhalada
 ____ 3. Fumada
 ____ 4. Inyectada
 ____ 5. Otro

C. Últimos 30 días

[señale las que correspondan]

- ____ 1. Oral
 ____ 2. Inhalada
 ____ 3. Fumada
 ____ 4. Inyectada
 ____ 5. Otro

[NOTA: 4. Inyectada = inyección IV y no- IV; ej. intramuscular, subcutánea, etc.]

CONSUMO DE DROGAS- ASPECTOS GLOBALES

D37. ¿Cuántos años ha consumido 3 o más días a la semana drogas ilegales (excluyendo alcohol), o ha abusado de la medicación prescrita? ____ años

D38. En los últimos 6 meses, en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso de la medicación prescrita), ¿con qué frecuencia estuvo consumiendo drogas?

0. No Consumo (→ D45)

1. 1-3 veces al mes
2. 1-2 veces a la semana
3. 3-6 veces a la semana
4. Diariamente

D39. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita?
 ____ días (**0 → D45**)

D40. ¿Cuándo consumió por última vez drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita? Hace ____ días (00 si hoy, 01 si ayer 02 si hace 2 días, etc.)

D41. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero gastó en drogas? ____ €
 -Excluya el dinero para los medicamentos que son parte del tratamiento de drogas (ej. metadona, medicamentos de desintoxicación, etc.)

SINTOMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

En los últimos 30 días:

D42. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir o dejar de consumir alguna droga?
 0. No; 1. Sí

D43. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga;
 o
 ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla?
 0. No; 1. Sí

D44. Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos;
 o
 en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley?
 0. No; 1. Sí

D45. ¿El ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema para usted?
 0. No; 1. Sí

D46. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de drogas?
 ____ días (**0 → D48**)

D47. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas?
 0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema

D48. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas?
 0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema

D49. ¿Cuánta importancia tiene para Vd. lograr/mantener la abstinencia total de drogas (e.d., no consumir drogas)?
 0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema

D50. Desde que empezó a consumir, ¿ha estado alguna vez completamente abstinente de **drogas y alcohol** durante al menos 1 año?
 0. No; 1. Sí (**0 → D52**)

-Excluya medicación prescrita y tomada apropiadamente (ej. metadona, psicofármacos...)

D51. ¿Hace cuánto tiempo terminó este periodo de abstinencia?
 ____ Años, ____ Meses
 [Si actualmente abstinente 1 año o más codifique 00 00. Codifique el periodo de abstinencia más reciente de al menos 1 año.]

CONDUCTAS DE RIESGO

[**NOTA:** Si todavía lo desconoce, pregunte D52. De lo contrario, cumpliméntelo basándose en la información previa.]

D52. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?

[Inyectado = inyección IV y no-IV]

0. No; 1. Sí (**0 → D54**)

D53. ¿Cuándo fue la última vez que compartió jeringuillas o material para inyectarse? (Pre: Sí/No).

Hace:

____ Años, ____ Meses

-Si nunca, codifique NN NN

-Si en el último mes, codifique 00 00

D54. En los últimos 6 meses, ¿con cuántas personas distintas ha mantenido relaciones sexuales orales, anales o vaginales? ____ personas.

D55. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VIH/SIDA? Hace:

- Pre: "Sí/No" se ha hecho la prueba

Hace ____ Años ____ Meses

-Si en el último mes, codifique 00 00

TABACO

D56. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó cigarrillos o consumió tabaco de otras formas?

____ Años (**99-nunca → D59**)

ej. tabaco de mascar, puros, pipas

-Si nunca consumió, codifique 99

D57. ¿Cuántos años ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas) diariamente? ____ Años

D58. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos (o consumió tabaco de otras formas)? ____ días

JUEGO PATOLOGICO

D59. ¿Alguna vez ha sufrido algún problema económico debido al juego?

0. No; 1. Sí

D60. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha jugado a cualquier tipo de juego como lotería, cupón, quiniela, máquinas tragaperras, bingo, apuestas en las carreras, casinos, ... o a cualquier tipo de juego ilegal?

____ días

SITUACION LEGAL - Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales.

L1. ¿Alguna vez ha estado en el calabozo / cárcel, incluso unas pocas horas?

0. No; 1. Sí

L2. ¿Ha sido detenido alguna vez?

0. No; 1. Sí (**0 → L18**)

L3. ¿Qué edad tenía la primera vez?

____ Años

>17 → (L7-14)

L4. Antes de los 18 años, ¿alguna vez fue realmente detenido, (tiene antecedentes penales) por...

[Señale todas las que correspondan]

0 No 1 Sí

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ...delitos violentos o contra las personas?
ej. atraco, agresión, violación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ...delitos de drogas?
ej. posesión, tráfico, fabricación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ...delitos con ánimo de lucro o contra la propiedad?
ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo de coches, vandalismo, incendios provocados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ...delitos sólo aplicables a menores de edad?
ej. fugarse de casa, consumo de alcohol, absentismo escolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ...otros delitos?
(Especificar:) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L5. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido antes de los 18 años de edad? ____ Veces

L6. Antes de los 18 años, ¿cuánto tiempo estuvo en un calabozo, en un centro de rehabilitación de menores, o en un reformatorio? ____ Meses

(L7 - L14) DESDE LOS 18 AÑOS:

Pre-A. ¿Le han detenido por?

[NOTA: Si No, codifique 00 en A. y vaya al siguiente ítem]

A. ¿Cuántas veces en total?

B. ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?

L7. Posesión de drogas?

-o material relacionado (parafernalia)

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L8. Venta o fabricación de drogas?

-venta incluye trafico/ distribución

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L9. Atraco?

-robo con fuerza o con amenazas de fuerza

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L10. Otros delitos contra la propiedad?

-hurtos en tiendas, robos
-fraude, venta de objetos robados, vandalismo,
provocación de incendios, allanamiento

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L11. Delitos violentos?

-agresión, violencia domestica, violación,
homicidio

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L12. Posesión de armas, prostitución*, o juego ilegal?

-*incluye proxenetismo, dinero por sexo,
pornografía

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L13. Conducir bajo los efectos de (CBE)...?

- alcohol o drogas

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L14. Cualquier otro delito penal?

-violación de la libertad provisional o condicional, escándalo publico, traspasar una entrada terminantemente prohibida, violación de una orden de alejamiento, negligencia o abandono, etc.

A. en total: ____

B. últimos 6 meses: ____

L15. ¿Hace cuánto que le detuvieron por última vez? ____ Años ____ Meses

[Codifique 00 si en el último mes (30 días)]

L16. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido después de los 18 años de edad? ____ Veces

-ej. libertad provisional, encarcelamiento, multas

L17. Desde los 18 años, ¿cuánto tiempo en total ha pasado en la cárcel o prisión? ____ Años ____ Meses

L18. ¿Su admisión a tratamiento es judicial? 0. No; 1. Sí

-ej. por orden judicial

Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones?

	0 No	1 Sí
L19. Libertad provisional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L20. Libertad condicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L21. Pendiente de juicio o cargos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L22. Pendiente de sentencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L23. Participando en un programa de reinserción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L24. Otros -ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario, monitorización electrónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L25. ¿Cuánta gravedad tienen para usted sus problemas judiciales actuales?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

(L26 - L30) En los últimos 6 meses:

Pre-A. ¿Ha ?

[NOTA: Si No, codifique 000 en A. y vaya al siguiente ítem]**A.** número de días, últimos 6 meses**B.** número de días, últimos 30 días

L26. vendido o fabricado drogas?

- tráfico o distribución para obtener dinero, sexo, o cualquier otro beneficio

A. últimos 6 meses: ____

B. últimos 30 días: ____

L27. robado a alguien?

A. últimos 6 meses: ____

B. últimos 30 días: ____

L28. robado algo, vendido objetos robados, falsificado recetas o cheques, destruido propiedades o provocado incendios?

A. últimos 6 meses: ____

B. últimos 30 días: ____

L28c. ...hurtos en tiendas

A. últimos 6 meses: ____

L28d. ...robos / allanamiento

A. últimos 6 meses: ____

L28e. ...robo de vehículos

A. últimos 6 meses: ____

L28f. ...falsificación

A. últimos 6 meses: ____

L28g. ...fraude

A. últimos 6 meses: ____

L28h. ...vandalismo

A. últimos 6 meses: ____

L28i. ...provocado incendios

A. últimos 6 meses: ____

L28j. ...otros delitos de robo/ contra la propiedad

A. últimos 6 meses: ____

L29. amenazado o agredido a alguien?

-con o sin armas; incluya violencia domestica, violación y homicidio

-excluya robo

A. últimos 6 meses: ____

B. últimos 30 días: ____

L29c. ... amenaza sin agresión física

A. últimos 6 meses: ____

L29d. ...agresión con arma

A. últimos 6 meses: ____

L29e. ... agresión sin arma

A. últimos 6 meses: ____

L29f. ... agresión sexual

A. últimos 6 meses: ____

L29g. ... homicidio

A. últimos 6 meses: ____

L29h. ... otros

A. últimos 6 meses: ____

L30. cometido algún otro acto ilegal?

-tenencia ilícita de armas, envuelto en prostitución o proxenetismo o juego ilegal, etc. [excluya uso o posesión de drogas para uso personal, CBE]

A. últimos 6 meses: ____

B. últimos 30 días: ____

L30c. ...tenencia ilícita de armas

A. últimos 6 meses: ____

L30d. ...prostitución/proxenetismo

A. últimos 6 meses: ____

L30e. ...juego ilegal

A. últimos 6 meses: ____

L31. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en alguno de los delitos anteriores?

____ días

L32. ¿Cuántos días en total ha conducido bajo los efectos del alcohol o drogas?

A. últimos 6 meses: ____

B. últimos 30 días: ____

FAMILIA/RED SOCIAL: Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.

F1. ¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes? 0. No; 1. Sí

[NOTA: Si No, salte F3A-F9A.]

F2. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? ____

-Excluya cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto

[NOTA: Si 00, salte F3C-F9C.]

NOTA: Para F3 - F9:

A. Se refiere a la pareja o cónyuge

B. Se refiere a cualquier otro miembro adulto de la familia ej. padres, abuelos, hermanos, hijos adultos, tíos, primos

C. Se refiere a cualquier amigo íntimo

En los últimos 30 días, ¿Ha:

(1 - Sí, 0 - No)

F3. pasado tiempo (en persona) con (su / cualquier):

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F4. tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con (otro):

-Si F3+F4 = 0, vaya a F9

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F5. hablado con (A/B/C) sobre sentimientos o problemas:

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F6. tenido problemas de relación con:

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F7. tenido discusiones con:

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F8. ¿Tiene su (A/B/C) algún problema con el alcohol o las drogas actualmente?

-Incluya solo a las personas con las que ha pasado tiempo o ha estado en contacto en los últimos 30 días

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F9. Si necesita ayuda, ¿puede contar con...?

A. Pareja/s	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
B. Familiares adultos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
C. Amigos íntimos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

F10. ¿Tiene actualmente una orden de alejamiento de alguna persona?

0. No; 1. Sí

F11. En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabó en empujones/ golpes, o arrojando objetos?

0. No; 1. Sí

F12. Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; ¿hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda?

0. No; 1. Sí

-ej., cura, medico, terapeuta, abogado, asistente social

F13. En global en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos?

ej. número de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F14. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F15. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para sus problemas de relación con otros adultos?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

F16. ¿Le resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas?

- 0. No;
- 1. Sí

F17. ¿Se siente nervioso o incómodo cuando está con otras personas?

- 0. No;
- 1. Sí

F18. ¿Es importante para usted tener relaciones cercanas con alguien?

- 0. No;
- 1. Sí

En los últimos 30 días (F19-F22):

F19. ¿Ha acudido a servicios religiosos o a actividades promovidas por su comunidad religiosa?

-Excluya grupos de autoayuda/reuniones de AA

- 0. No;
- 1. Sí

F20. ¿Ha realizado algún trabajo de voluntariado?

- 0. No;
- 1. Sí

F21. ¿A menudo, ha estado aburrido o ha tenido dificultades para pasar simplemente el rato?

- 0. No;
- 1. Sí

F22. ¿Cuánta satisfacción le ha producido su forma de emplear el tiempo libre?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido a lo largo de su vida.

F23. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente?

-Excluya abuso sexual y codifíquelo en F26

- 0. No;
- 1. Sí (0 → F26)

F24. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ____ años

F25. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'

Hace ____ Años y ____ Meses

F26. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente?

- 0. No;
- 1. Sí (0 → F29)

F27. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ____ años

F28. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'

Hace ____ Años y ____ Meses

F29. ¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión?

-Excluya abuso anteriormente codificado y experiencias de guerra

- 0. No;
- 1. Sí (0 → F32)

F30. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ____ años

F31. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'

Hace ____ Años y ____ Meses

F32. ¿Alguna vez ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida?

-ej. grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra

-Excluya abuso, crímenes violentos anteriormente codificados

- 0. No;
- 1. Sí (0 → F35)

F33. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ____ años

F34. ¿Cuándo sucedió por última vez?
-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'
Hace ____ Años y ____ Meses

F35. ¿Alguna vez ha visto cómo mataban, atracaban, agredían o herían gravemente a alguien?
-Excluya grandes catástrofes, accidente/incendio grave, guerra anteriormente codificados
0. No; 1. Sí (**0 → NOTA**)

F36. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ____ años

F37. ¿Cuándo sucedió por última vez?
-Si en los últimos 30 días, codifique '00 00'
Hace ____ Años y ____ Meses

[**NOTA:** si no hay historia de abuso o trauma (ed., F23, F26, F29, F32, y F35 son todos 0-No), vaya a F40.]

F38. En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos?
-Incluya pesadillas/ sueños, "flashbacks", etc.
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

F39. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para los sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos sucesos?
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a sus hijos o a cualquier otro niño que viva con usted.

F40. ¿Cuántos hijos ha tenido o adoptado?
____ hijos (00 → F45)

F41. ¿Qué edades tienen sus hijos vivos, comenzando por el mayor?
Hijo 1 ____ Hijo 6 ____
Hijo 2 ____ Hijo 7 ____
Hijo 3 ____ Hijo 8 ____
Hijo 4 ____ Hijo 9 ____
Hijo 5 ____ Hijo 10 ____

[**NOTA:** Si todos sus hijos tienen 18 años o más, → F45]

F42. ¿Tiene algún proceso de custodia abierto con la madre, padre o cualquier otro familiar?
0. No; 1. Sí

F43. ¿Cuántos de sus hijos se hallan actualmente en régimen de acogimiento por orden judicial?
____ Hijos
-Incluya también acogimiento familiar por orden judicial

F44. En los últimos 30 días, ¿cuántos de sus hijos (menores de 18 años) han vivido con usted al menos un tiempo?
____ Hijos

F45. En los últimos 30 días, ¿algún otro niño (nietos, sobrinos, etc.) menor de 18 años ha vivido con usted al menos un tiempo?
0. No; 1. Sí
-Codifique niños que pernocten con regularidad, o que hayan permanecido en casa durante periodos largos de tiempo

[**NOTA:** Si F44 y F45 son 0, es decir, sin niños en los últimos 30 días, vaya a F51]

F46. ¿Cuántos de los niños (que han vivido con usted) tienen un problema médico, de conducta o de aprendizaje grave y requieren cuidados, tratamiento o servicios especializados? ____ niños

F47. Actualmente ¿cuánta necesidad tiene de servicios adicionales para tratar esos problemas de los niños?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

F48. En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido en la relación con los niños (< 18) que han vivido con Ud. al menos un tiempo?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

F49. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el asesoramiento (p.e. clases de padres) para ayudarle en la relación con esos niños (<18)?

-asesoramiento actual o adicional

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

F50. Actualmente, ¿necesita ayuda adicional en el cuidado de los niños para que Vd. pueda acudir al tratamiento de su abuso de sustancias, al trabajo/estudios, o a buscar trabajo? 0. No; 1. Sí

F51. ¿Alguna vez ha sido investigado o ha estado tutelado por los servicios de protección del menor (SPM)?

- 0. No; 1. Sí

F52. ¿Alguna vez los SPM se han llevado a alguno de sus hijos del domicilio familiar? 0. No; 1. Sí

F53. ¿Alguna vez le han quitado la patria potestad? 0. No; 1. Sí

-Sus derechos de paternidad fueron suspendidos permanentemente por decisión judicial

F54. ¿Actualmente se halla envuelto en un caso de custodia o está siendo investigado o tutelado por los servicios de protección del menor?

- 0. No; 1. Sí

SALUD MENTAL: Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tratamiento o evaluaciones que pueda haber recibido debido a problemas emocionales o psicológicos.

P1. En su vida, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado debido a problemas emocionales o psicológicos?

ej. en un hospital o comunidad terapéutica

____ Veces

P2. En su vida, ¿alguna vez le han prescrito fármacos para tratar problemas emocionales/ psicológicos?

- 0. No; 1. Sí (0 → P4)

P3. ¿Cuántos días ha tomado medicación para tratar problemas emocionales o psicológicos?

A. últimos 6 meses: ____ (0 → P4)

B. últimos 30 días: ____

P4. En su vida, ¿a cuántas consultas ambulatorias ha acudido por problemas emocionales/ psicológicos? (0 → NOTA)

-Incluya evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento adicional - Incluya también consultas relacionadas = médico de atención primaria por problemas psicológicos, y monitorización de psicofármacos

- 0. Ninguna
- 1. 1-5 consultas
- 2. 6-25 consultas
- 3. 26-50 consultas
- 4. más de 50 consultas

P5. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha tenido?

- A. últimos 6 meses: ____ (0 → NOTA)
B. últimos 30 días: ____

[NOTA: Si P1, P2, P4 son todas 0-No, es decir, no historia de tratamiento psiquiátrico, vaya a P7]

P6. ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió un tratamiento o fue evaluado por problemas emocionales o psicológicos? ____ años

P7. ¿Actualmente recibe una pensión por discapacidad psicológica?
0. No; 1. Sí

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes maneras en que Vd. puede haberse sentido o actuado. Algunas preguntas se refieren a si alguna vez en su vida se sintió o actuó de una manera determinada, y otras se centran solo en los últimos 30 días.

Codificación para A/B:

0 - No

1 - Sí

2 - Sí, pero solo estando intoxicado o en abstinencia

[NOTA: Si el paciente reconoce un síntoma, es decir, "Sí", **pregúntele**: "¿Estuvo así **SOLO** cuando estaba intoxicado o en abstinencia?" y codifique 1 ó 2 según corresponda.]

(P8 - P17):

A. A lo largo de su vida

B. En los últimos 30 días

C. ¿Hace cuántos días por última vez..... ?

Ha tenido/Se ha sentido (alguna vez):

P8. problemas para dormirse, permanecer dormido* o despertarse demasiado temprano?

-*dormir toda la noche

	No	Sí	Sí, pero sólo intoxicado o en abstinencia
B. 30 días	0	1	2

P9. deprimido o bajo de ánimo la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

	No	Sí	Sí, pero sólo intoxicado o en abstinencia
A. Vida	0	1	2
B. 30 días	0	1	2

Ha tenido/Se ha sentido/Ha (alguna vez):

P10. ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

	No	Sí	Sí, pero sólo intoxicado o en abstinencia
A. Vida	0	1	2
B. 30 días	0	1	2

P11. alucinaciones?

-oír o ver cosas que otras personas no podían oír o ver

	No	Sí	Sí, sólo intox. o en abstinencia
A. Vida	0 (→ P12)	1	2
B. 30 días	0 (→ P12)	1	2
C. Hace "x" días)	_____		

P12. dificultad para pensar, concentrarse, comprender o recordar hasta el punto de causarle problemas?

	No	Sí	Sí, sólo intox. o en abstinencia
A. Vida	0 (→ P13)	1	2
B. 30 días	0	1	2

P13. (desde los 18 años) dificultad para controlar su carácter o impulsos de pegar o hacer daño a alguien?

	No	Sí	Sí, sólo intox. o en abstinencia
A. Vida	0 (→ P14)	1	2
B. 30 días	0 (→ P14)	1	2
C. Hace "x" días)	_____		

P14. (desde los 18 años) empujado, golpeado o tirado objetos a alguien, o utilizado un arma contra alguien?

	No	Sí	Sí, sólo intox. o en abstinencia
A. Vida	0 (→ P15)	1	2
B. 30 días	0 (→ P15)	1	2
C. Hace "x" días)	_____		

P15. pensado seriamente en suicidarse?

	No	Sí	Sí, sólo intox. o en abstinencia
A. Vida	0 (→ P16)	1	2
B. 30 días	0 (→ P16)	1	2
C. Hace "x" días)	_____		

P16. intentado suicidarse?

	No	Sí	Sí, sólo intox. o en abstinencia
A. Vida	0 (→ P17)	1	2
B. 30 días	0 (→ P17)	1	2
C. Hace "x" días)	_____		

P17. experimentado otros problemas emocionales o psicológicos no mencionados anteriormente?

-ej. trastorno de la conducta alimentaria, manía, etc.

	No	Sí	Sí, pero sólo intoxicado o en abstinencia
B. 30 días	0	1	2

Especifique:.....

[NOTA: Si P9 - P17 son todos 0-No, es decir, no problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días, vaya a P21]

(P18 - P20) En los últimos 30 días:

-Excluya P8 (problemas con el sueño) para P18 - P21

P18. ¿Cuántos días ha experimentado estos problemas emocionales o psicológicos? ____ días

P19. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades normales debido a problemas o síntomas psicológicos/emocionales? ____ días

P20. ¿Cuánta molestia o preocupación ha tenido por estos problemas psicológicos o emocionales?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

P21. ¿Cuánta importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas psicológicos?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

I15. Hora de finalización: ____ : ____

IDUQoL

A continuación se van a presentar una serie de aspectos de tu vida cotidiana como son tu salud, tus amistades, tu economía, etc. Nos gustaría que evaluaras la satisfacción o grado de bienestar y disfrute que tú tienes o sientes con cada uno de ellos. Piensa, para contestar, en cómo lo sientes en el momento actual, es decir, cómo las has experimentado en las últimas semanas y en el día de hoy. Señala en la siguiente escala el número que corresponda con tu grado de satisfacción; por ejemplo, si estás muy insatisfecho, rodea el número uno (1), si estás algo insatisfecho el tres (3), o bien, si estás bastante satisfecho el seis (6).

Por favor, para cada una de las situaciones siguientes, indícanos el grado de satisfacción que tienes con ...	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Algo insatisfecho	Ni bien ni mal	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1. ... tu salud	1	2	3	4	5	6	7
2. ... el tratamiento que recibes por el uso de drogas	1	2	3	4	5	6	7
3. ... los cuidados de salud	1	2	3	4	5	6	7
4. ... las acciones de reducción de daños	1	2	3	4	5	6	7
5. ... el trato que recibes por parte de las personas	1	2	3	4	5	6	7
6. ... tu sentimiento de utilidad	1	2	3	4	5	6	7
7. ... sentirte bien contigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
8. ... el grado de independencia que tienes	1	2	3	4	5	6	7
9. ... el uso que haces de drogas y/o alcohol	1	2	3	4	5	6	7
10.... el dinero que dispones	1	2	3	4	5	6	7
11.... tu vida espiritual	1	2	3	4	5	6	7
12.... tu alojamiento, donde vives	1	2	3	4	5	6	7
13.... el transporte que puedes usar (autobuses, metro, tren...)	1	2	3	4	5	6	7
14.... la seguridad de tu vecindario	1	2	3	4	5	6	7
15.... los recursos comunitarios (polideportivos, servicios ciudadanos...)	1	2	3	4	5	6	7
16.... tus actividades de ocio	1	2	3	4	5	6	7
17.... el grado de educación/formación que tienes	1	2	3	4	5	6	7
18.... tus amistades	1	2	3	4	5	6	7
19.... tu familia	1	2	3	4	5	6	7
20.... tu pareja	1	2	3	4	5	6	7
21.... el sexo	1	2	3	4	5	6	7
22.... tu vida, en general, dentro de unos meses	1	2	3	4	5	6	7

AAQ/AAQ-SA

A continuación encontrará una serie de frases. Valore en qué grado son aplicables a usted. No hay contestaciones buenas o malas, ni preguntas con truco; unas serán más verdad en su caso y otras menos. Tenga en cuenta que cuando se habla de *consumir* o de *sustancias*, nos podemos referir tanto a droga como a alcohol, *si esta sustancia es un problema para usted*. Tómese el tiempo que necesite y trate de responder a todas las preguntas. Use la escala siguiente (para cada frase, rodee con un círculo la puntuación que le da, según lo cierta que sea esa frase para usted):

1	2	3	4	5	6	7				
nunca verdad	verdad muy raramente	verdad raramente	verdad a veces	verdad con frecuencia	verdad casi siempre	siempre verdad				
1. Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.				1	2	3	4	5	6	7
2. Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad.				1	2	3	4	5	6	7
3. La verdad es que cuando estoy deprimido o ansioso no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades.				1	2	3	4	5	6	7
4. Casi nunca me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos.				1	2	3	4	5	6	7
5. Mis sentimientos no me dan miedo.				1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando valoro algún suceso negativamente, lo habitual es darme cuenta de que es sólo una apreciación y no un hecho objetivo.				1	2	3	4	5	6	7
7. Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo.				1	2	3	4	5	6	7
8. La ansiedad es mala.				1	2	3	4	5	6	7
9. Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida.				1	2	3	4	5	6	7
10.Soy capaz de hacer cosas que son importantes para mí incluso cuando tengo ganas de consumir.				1	2	3	4	5	6	7
11.Las ganas de consumir son un obstáculo en mi camino hacia el éxito.				1	2	3	4	5	6	7
12.Si tengo ganas de consumir, eso quiere decir que soy un adicto (a drogas o a alcohol).				1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7				
nunca verdad	verdad muy raramente	verdad raramente	verdad a veces	verdad con frecuencia	verdad casi siempre	siempre verdad				
13.Intentó alcanzar mis metas de abstinencia, incluso si no estoy seguro de que pueda.				1	2	3	4	5	6	7
14.Me esfuerzo por las cosas que me importan, incluso aunque a veces siento ganas de consumir.				1	2	3	4	5	6	7
15.No me entero muy bien de lo que pasa a mi alrededor cuando estoy pensando en consumir.				1	2	3	4	5	6	7
16.Puedo fijar un rumbo en mi vida y mantenerlo, incluso si tengo dudas acerca de mi abstinencia.				1	2	3	4	5	6	7
17.Los recuerdos de mi historia de consumo de drogas o alcohol me dificultan vivir una vida que merezca la pena.				1	2	3	4	5	6	7
18.Cuando me aburro de trabajar por mi recuperación, todavía soy capaz de dar los pasos necesarios para conseguirlo.				1	2	3	4	5	6	7
19.Cuando tengo dudas sobre mi recuperación, todavía soy capaz de actuar siguiendo un propósito.				1	2	3	4	5	6	7
20.Si prometo hacer algo, lo cumplo incluso si después no me apetece.				1	2	3	4	5	6	7
21.Tener preocupaciones sobre el consumo de sustancias no me impedirá tener una vida plena.				1	2	3	4	5	6	7
22.Prefiero conseguir mis metas por encima de evitar pensamientos y sentimientos sobre la droga o el alcohol.				1	2	3	4	5	6	7
23.Las ganas de consumir causan problemas en mi vida.				1	2	3	4	5	6	7
24.Me asusta tener sentimientos positivos hacia alguna sustancia de la que he abusado.				1	2	3	4	5	6	7
25.Cuando pienso en consumir, mi mente va a menudo en “piloto automático”, no está al 100% en lo que estoy haciendo en el momento.				1	2	3	4	5	6	7
26.Me preocupa no poder controlar mis ganas de consumir.				1	2	3	4	5	6	7
27.Sentirme triste o ansioso hace que tenga ganas de consumir.				1	2	3	4	5	6	7

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA

Fecha: _____

Código RAD _____

Entrevistador: _____

Centro: _____

CUADERNILLO PARA CASA

Para completar su participación en el estudio, necesitamos que responda a las preguntas que aparecen en este cuadernillo. Lo mejor es que lo pudiera hacer hoy mismo. Sólo necesita unos quince minutos para hacerlo, y nos aportará información muy útil para nuestro estudio.

Lea las instrucciones de cada sección antes de responder. Tenga en cuenta que para algunas de las preguntas de la sección SF-12 v2 se le pregunta por su situación en las cuatro últimas semanas, mientras que para la sección HAD se le pregunta por su situación en la última semana.

No hace falta que escriba su nombre en el cuadernillo. Lo puede entregar la próxima vez que venga a recoger su tratamiento de metadona.

Evaluación de la función de la toma de metadona:

A continuación hay un listado de aspectos en los que puede encontrar que el tratamiento con metadona le está siendo útil. Puede que estos aspectos no sean un resultado directo del tratamiento con metadona, pero que no obstante usted vea que tomar la metadona le esté sirviendo para conseguir o mantener estos objetivos. Tómese su tiempo, léalos todos y señale aquellos aspectos en los que considere que el tratamiento con metadona le ayuda.

Estar en tratamiento con metadona me está ayudando a...

	Sí	No
1. ...tener mejor relación con mi familia (padres, hermanos/as, pareja, hijos/as...) (por ejemplo, han disminuido las discusiones relacionadas con el consumo, ya no les pido o cojo dinero, me puedo encargar mejor de mis responsabilidades con mi familia, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...sentirme más seguro/a de que no voy a recaer o no voy a volver a consumir (por ejemplo, mientras la esté tomando, me siento protegido/a ante posibles situaciones de riesgo que llevarían a nuevos consumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...sentirme mejor de ánimo (por ejemplo, estoy menos triste o decaído/a, y con más ganas de hacer cosas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...poder encargarme mejor de mantener o buscar un trabajo/poder dedicarme mejor a mi formación (si es el caso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...utilizar el dinero que ahorro, al no tener que comprar heroína, para otras cosas más importantes (comida, gastos de la casa...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...no sentir el síndrome de abstinencia (me quita el mono: dolores, temblores, cansancio, diarrea, bostezos, moqueo...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...cuidar mejor de mi salud y de mí mismo (por ejemplo, a través del tratamiento con metadona accedo a atención médica, tengo la certeza de que no consumo ninguna sustancia adulterada, no realizo prácticas de riesgo relacionadas con el consumo, ni me expongo a situaciones o personas que pueden ser peligrosos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...tener menos problemas con la justicia (por ejemplo, porque ya no tengo que delinquir para conseguir dinero para consumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...calmarme cuando estoy nervioso, disminuir la ansiedad; me ayuda, en general, a sentirme menos inquieto y a quedarme más tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10....aliviarme el dolor físico (que no tenga que ver con el síndrome de abstinencia; por ejemplo, jaquecas, o dolores debidos a alguna lesión o enfermedad...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De los aspectos en que ha marcado "Sí", elija los tres que le parezcan más importantes para usted, y ordénelos por orden de importancia (primero el más importante, seguido del siguiente, y luego del siguiente).

1º. ____

2º. ____

3º. ____

Utilidad percibida y actitud hacia el tratamiento con metadona

Le voy a hacer ahora algunas preguntas sobre el tratamiento con metadona que está tomando

1. De 1 a 7, ¿cómo valora la utilidad de este tratamiento *ahora mismo*, si 1 es “no le encuentro ninguna utilidad” y 7 es “lo encuentro muy útil”?

1	2	3	4	5	6	7
no encuentro ninguna utilidad al tratamiento con metadona						encuentro el tratamiento con metadona muy útil

2. ¿Qué planes tiene con respecto al tratamiento con metadona?
1. Mantener el tratamiento en la dosis actual, de momento sin plantearme reducir dosis o desintoxicarme.
 2. Tengo pensado reducir o desintoxicar en algún momento del próximo año.
 3. Tengo pensado iniciar reducción de dosis/desintoxicación en los próximos 3 meses.
 4. Actualmente me encuentro en proceso de reducción/desintoxicación de metadona.
3. ¿Ha hecho tratamientos con metadona anteriores (es decir, se ha llegado a desintoxicar completamente en el pasado, pero ha regresado a tomar el tratamiento)?
1. No (éste es mi primer y único tratamiento).
 2. Sí.
 - i. Número TOTAL de tratamientos, INCLUYENDO EL ACTUAL: _____
 - ii. Número de TRATAMIENTOS PREVIOS terminados por ALTA TERAPÉUTICA: _____
 - iii. Número de TRATAMIENTOS PREVIOS terminados por ABANDONO DEL PACIENTE: _____
4. ¿Cuánto tiempo lleva en el ACTUAL TRATAMIENTO con metadona? _____ SEMANAS

SF-12 – v2

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Gracias por contestar a estas preguntas.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor rodee con un círculo la opción que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:
 1. Excelente
 2. Muy buena
 3. Buena
 4. Regular
 5. Mala

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?
 1. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.
 1. Sí, me limita mucho.
 2. Sí, me limita un poco.
 3. No, no me limita nada.

 2. Subir varios pisos por la escalera.
 1. Sí, me limita mucho.
 2. Sí, me limita un poco.
 3. No, no me limita nada.

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 1. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
 2. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 1. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
 2. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
 1. Nada.
 2. Un poco.
 3. Regular.
 4. Bastante.
 5. Mucho.

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...
1. ...se sintió calmado y tranquilo?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
 2. ...tuvo mucha energía?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
 3. ...se sintió desanimado y deprimido?
 1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1. Siempre.
 2. Casi siempre.
 3. Algunas veces.
 4. Sólo alguna vez.
 5. Nunca.

Escala HAD

Finalmente se incluyen una serie de preguntas que han sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la SEMANA PASADA. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o molesto
 0. Todos los días
 1. Muchas veces
 2. A veces
 3. Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 0. Como siempre
 1. No lo bastante
 2. Sólo un poco
 3. Nada

3. Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
 0. Totalmente, y es muy fuerte
 1. Sí, pero no es muy fuerte
 2. Un poco, pero no me preocupa
 3. Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
 0. Igual que lo hice siempre
 1. Ahora, no tanto
 2. Casi nunca
 3. Nunca

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones
 0. La mayoría de las veces
 1. Con bastante frecuencia
 2. A veces, aunque no muy a menudo
 3. Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre
 0. Nunca
 1. No muy a menudo
 2. A veces
 3. Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
 0. Siempre
 1. Por lo general
 2. No muy a menudo
 3. Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento
 0. Por lo general, en todo momento
 1. Muy a menudo
 2. A veces
 3. Nunca

9. Tengo una sensación de miedo, como de “aleteo” en el estómago
 0. Nunca
 1. En ciertas ocasiones
 2. Con bastante frecuencia
 3. Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto físico
 0. Totalmente
 1. No me preocupo tanto como debiera
 2. Podría tener un poco más de cuidado
 3. Me preocupa igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si estuviera continuamente en movimiento
 0. Mucho
 1. Bastante
 2. No mucho
 3. Nada

12. Me siento optimista respecto al porvenir
 0. Igual que siempre
 1. Menos de lo que acostumbraba
 2. Mucho menos de lo que acostumbraba
 3. Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
 0. Muy frecuentemente
 1. Bastante a menudo
 2. No muy a menudo
 3. Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
 0. A menudo
 1. A veces
 2. No muy a menudo
 3. Rara vez

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA

Fecha: _____

Código RAD _____

Entrevistador: _____

Centro: _____

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

INFORMACIÓN MÉDICA

1. Diagnóstico de trastorno mental aparte de la drogodependencia:

1. No

2. Sí

a. ¿Cuál?

1. Trastorno de ansiedad

2. Trastorno del estado de ánimo

3. Esquizofrenia o trastorno psicótico

4. Trastorno de personalidad

5. Otro

2. Diagnóstico de drogodependencia:

☒ Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas.

☐ Dependencia de alcohol.

☐ Abuso de alcohol.

☐ Dependencia de cocaína.

☐ Abuso de cocaína.

☐ Dependencia de tranquilizantes, sedantes y ansiolíticos.

☐ Abuso de tranquilizantes, sedantes y ansiolíticos.

☐ Dependencia de cannabis.

☐ Abuso de cannabis.

☐ Dependencia de otras sustancias.

☐ Abuso de otras sustancias.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO CON METADONA

1. Fase del tratamiento con metadona:

a. Mantenimiento (pasar a preguntas 2 y 3)

b. Reducción (pasar a preguntas 4, 5 y 6)

MANTENIMIENTO

2. Dosis actual de metadona diaria (sólo si está en mantenimiento): _____ mg./día

3. Tiempo que lleva con esta dosis (sólo si está en mantenimiento): _____ SEMANAS

REDUCCIÓN

4. Dosis desde la que inició reducción de metadona (sólo si está en reducción): _____ mg./día

5. Ritmo de reducción (sólo si está en reducción): _____ mg./semana

6. Tiempo en descenso (sólo si está en reducción): _____ semanas

7. Dosis de inicio de tratamiento: _____ mg./día

8. Dosis más alta en la que ha estado: _____ mg./día

9. ¿La dosis más alta coincide con la dosis de inicio?

- a. Sí
- b. NO

10. Pauta de recogida:

- a. diario (metabús F/S)
- b. diario y F/S
- c. 3 veces por semana
- d. 2 veces por semana
- e. 1 vez por semana

11. Lugar de recogida:

- a. CAID (principalmente; contar aquí también si recoge en metabús el fin de semana).
- b. Metabús (principalmente)
- c. Farmacia

12. Duración de actual tratamiento con metadona: _____ SEMANAS

INFORMACIÓN SOBRE USO DE SERVICIOS DEL CAID

1. Asistencia regular por profesionales (médico, psicólogo clínico, trabajador social, otros...)

a. Número de citas en el último mes:

- i. Con médico: _____
- ii. Con psicólogo clínico: _____
- iii. Con trabajador social: _____
- iv. Otros: _____

b. Número de citas en los últimos 6 meses:

- i. Con médico: _____
- ii. Con psicólogo clínico: _____
- iii. Con trabajador social: _____
- iv. Otros: _____

2. Asistencia regular a controles toxicológicos

a. Número de DÍAS que ha asistido a control en los últimos 6 meses: _____

b. Número de controles que han resultado negativos A OPIÁCEOS en los últimos 6 meses: _____

c. Número de controles que han resultado positivos A OPIÁCEOS en los últimos 6 meses: _____

d. Número de controles que han resultado negativos A OTRAS SUSTANCIAS en los últimos 6 meses: _____

e. Número de controles que han resultado positivos A OTRAS SUSTANCIAS en los últimos 6 meses: _____

